RAPPORT DES ACTIVITÉS POUR L'ANNÉE 1985-86

87-00696/

Conseil de la santé
et des services
sociaux
de la région
de Montréal
métropolitain

RAPPORT DES ACTIVITÉS POUR L'ANNÉE 1985-86

TABLE DES MATIÈRES

Lettre du président du conseil d'administration 4

Les membres du conseil d'administration 5

CHAPITRE I — LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN 7

CHAPITRE II — LE SERVICE DU PERSONNEL ET LES DIRECTIONS DU CONSEIL RÉGIONAL 21

CHAPITRE III — DOSSIER THÉMATIQUE 35

LA PROGRAMMATION INTÉGRÉE DE SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE 36

LE SUPPORT AUX PERSONNES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE 40

LA PROGRAMMATION INTÉGRÉE POUR LES POPULATIONS-CIBLES: 42
- LA JEUNESSE EN DIFFICULTÉ 42
- LES PERSONNES HANDICAPÉES PHYSIQUES ET SENSORIELLES 43
- LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE 45
- LES PERSONNES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES 48

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 50

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES D'URGENCE 51

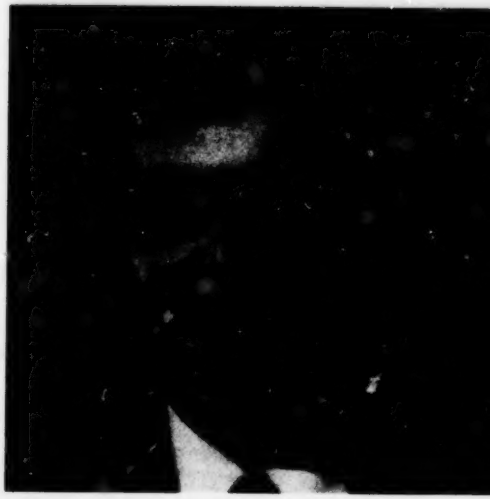
LES SERVICES D'URGENCE PRÉ-HOSPITALIERS 53

LES INTÉRÊTS ET LA PARTICIPATION DE LA POPULATION 54

L'AIDE AUX ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES PARTAGÉS 58

ABRÉVIATIONS 63

À Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des
Services sociaux



Madame la ministre,
J'ai l'honneur de vous présenter, conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971, le rapport des activités du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, pour l'année budgétaire se terminant le 31 mars 1986.

Le rapport de cette année se divise en trois grands chapitres: le premier comprend le message du directeur général et traite du Conseil régional et de la région de Montréal métropolitain; le deuxième présente les cinq directions, un bilan des activités et les perspectives pour l'année 1986-1987; et le dernier chapitre présente les activités par clientèle priorisée pour l'année 1985-1986.

Nous espérons que nos différents publics: le ministère, le réseau, les groupes communautaires et bénévoles, les universités, la permanence du Conseil régional et la population en général sauront trouver dans ce rapport d'activités, réponse à leurs interrogations.

Dr Claude Farah-Lajoie, m.d., LM.C.C.
Président du conseil d'administration
du Conseil de la santé et des services
sociaux de la région
de Montréal métropolitain.

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 1985-1986

PAR COLLÈGES ÉLECTORAUX

Maires des municipalités
M. John Parisella
M. Russel Williams

Groupes socio-économiques
Me André J. Bélanger*
M. Marcel Lalonde
Mme Hélène Tremblay
Mme Patricia Girard

Directeurs généraux des établissements
M. Constant Bavota

Centres hospitaliers
M. Jean Leblanc
M. Jacques R. Nolet

Conseils des médecins et dentistes
Dr Claude Farah-Lajoie (président)

C.L.S.C.
M. Pierre Ouimet

Centres de services sociaux
M. Jean-Richard Charbonneau
Dr Victor C. Goldbloom

Centres d'accueil
M. Ronald Tellier

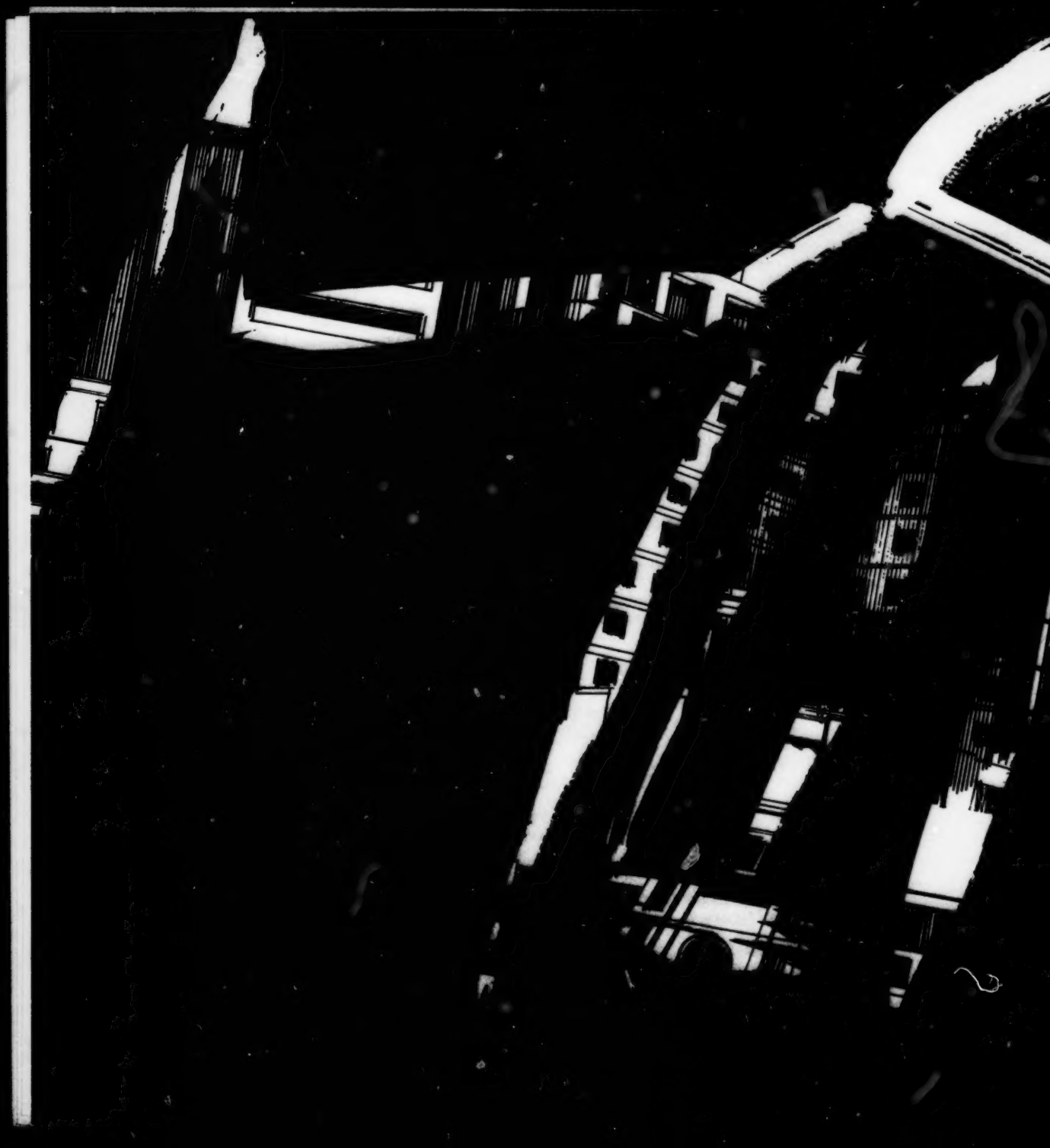
Universités
Dr Gilles Tremblay

C.E.G.E.P.
M. Yves Mongeau

Organismes bénévoles
Mme Lucille Côté

Directeur général du C.S.S.S.R.M.M.
M. Gérard Marcoux (secrétaire)

** (démission décembre 1985)*



I

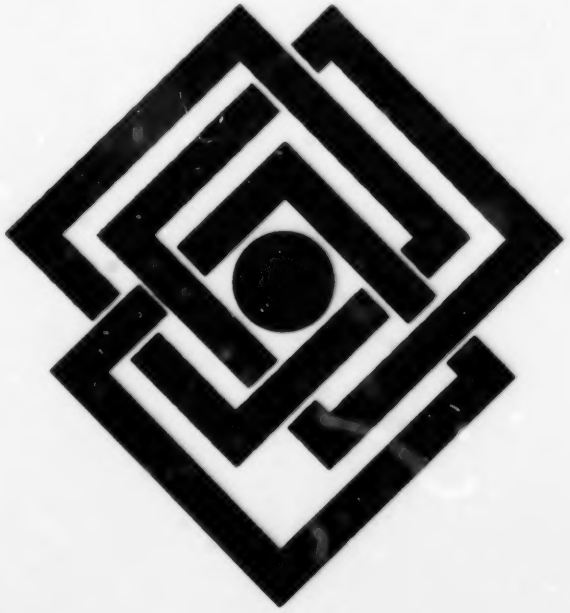
LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

LE SIGLE ET SES SYMBOLES

Le sigle représente les composantes du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain et donne l'image des interrelations entre ces composantes en conformité avec ses objectifs et ses fonctions.

La décentralisation de pouvoirs en faveur du Conseil et du réseau respecte la participation et l'autonomie de la gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité sous-tendent cette orientation.

Le sigle du Conseil regroupe trois éléments distincts mais inextricablement liés: le Conseil, les établissements et organismes ainsi que la population. Le point représente le Conseil, pivot de la stabilité et de l'équilibre de l'ensemble; il indique en outre le rôle décisionnel du Conseil. Le carré brun représente les établissements et les organismes du réseau. Les carrés gris représentent les usagers, les groupes de citoyens et le grand public.



CONSEIL DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE LA
RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

LE MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

«PARTNERSHIP» — PARTAGE — ÉQUILIBRE VERS LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Dans son élan de prise en charge individuelle et collective, le Conseil régional poursuivra cette année encore sa recherche d'équilibre à tous les niveaux: dans l'exercice du pouvoir, dans l'implantation des programmes et dans la distribution des ressources. L'an dernier, le conseil d'administration avait adopté un plan directeur sur trois à cinq ans et le présent rapport annuel indiquera à tous nos lecteurs les réalisations que nous avions priorisées sur chacun des dossiers concernant l'accessibilité aux services pour tous sans discrimination, et plus particulièrement pour les clientèles les plus démunies. Malgré l'effervescence de notre milieu, nous nous acheminons vers une meilleure compréhension des rôles des établissements et des organismes des services de santé et des services sociaux.

Le Conseil régional veut implanter un véritable esprit de «partnership» à la dimension régionale en partageant le pouvoir de façon responsable et éclairée dans un climat de respect mutuel. Par une vigilance continue, il nous faut, et ce, avec toutes les instances du réseau, toujours mieux équilibrer les ressources et les budgets aux plans de la prévention, de l'évaluation et de la distribution dans les services à donner à la population. Vaincre les inégalités est un objectif mondial en cette ANNÉE INTERNATIONALE DE LA PAIX. Cette ANNÉE nous incite donc à regarder nos objectifs et nos plans d'action encore plus sérieusement. La paix est une valeur sans frontière; elle inspire d'abord une grande réflexion et ensuite des actions concrètes dans le développement de programmes qui permettent un meilleur épanouissement des personnes que nous servons.

Nous voulons l'équilibre, nous voulons la prise en charge individuelle et collective; il nous faut donc travailler très fort pour trouver les solutions aux inégalités qui existent dans notre système de santé et de services sociaux en accentuant particulièrement nos démarches vers les clientèles prioritaires.

C'est un défi de taille que de réaliser ces ambitions dans le vaste réseau montréalais. Ce n'est cependant pas impossible et la paix qui ne laisse personne insensible peut nous rassembler. Dans l'exercice du pouvoir, la paix commande le partage, elle exige l'harmonie dans les relations entre les gens, elle commande l'équilibre dans la distribution des ressources, elle exige des choix prioritaires. L'appel est lancé: se responsabiliser ensemble à tous les niveaux et donner la place centrale aux services à la clientèle.

Gérard Marcoux

Gérard Marcoux, Adm.A.,
Directeur général

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES ET LES COMITÉS RÉGIONAUX

Pour faciliter la réalisation de certains mandats, le Conseil régional a mis sur pied des mécanismes de concertation qui regroupent les principaux interlocuteurs des différents domaines d'intervention et qui deviennent l'instrument privilégié de concertation régionale. Il s'agit des commissions administratives et des comités régionaux.

Avec ces mécanismes, le Conseil régional coordonne des activités reliées à l'organisation des ressources et services dans le réseau; redistribue des ressources disponibles affectées à ces activités; favorise la concertation des établissements et organismes; développe des programmes d'intervention et réalise les études et analyses qui lui sont pertinentes en regard d'approches régionales.

Le Conseil régional compte vingt et une (21) commissions administratives et comités régionaux de gestion, de programmation, de planification et d'information qui sont coordonnés par la permanence.

LES COMMISSIONS ET COMITÉS DE GESTION

Commissions d'approvisionnement en commun

Groupe «A» – Centres hospitaliers anglophones
CHARNESS, Donald N. – président
Directeur financier
C.H. gériatrique Maimonides

BRISSON, Yves
Coordonnateur

Groupe «B» – Centres hospitaliers universitaires
FOREST, Paul-Yvon – président
Directeur des finances
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

GERVAIS, Mario
Coordonnateur

Groupe «C» – Centres hospitaliers généraux
TRAHAN, Philippe – président
Directeur des services financiers
Hôpital Santa Cabrini

MORENCY, Paul
Coordonnateur

Groupe «D» – Centres d'accueil
MATHIEU, Monique – présidente
Directrice du service des finances
Foyer St-Laurent

BOUTET, Réjean
Coordonnateur

Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S.
GOHIER, Jean-Paul – président
Directeur général
C.A. Ste-Domitille

CHEVALIER, Denis
Coordonnateur

Comité régional de buanderie
CHENIER, Pierre – président
Directeur des services auxiliaires
Hôpital Notre-Dame

BROUILLARD, Pierre
Coordonnateur et secrétaire

Commission des immobilisations C.H.
MARSAN, Pierre – président
Directeur général
Institut de cardiologie de Montréal

DEMERS, Robert
Coordonnateur

Comité régional de développement des cadres
JARRY, Pierre M. – président
Directeur du personnel
C.H. de Lachine

BEAULIEU, Pierre
Coordonnateur

LES COMMISSIONS ET COMITÉS DE PROGRAMMATION

Commission de la mésadaptation sociale
MARTIN, Howard – président
Directeur général
C.A. Horizons de la Jeunesse

GRENIER, René
Coordonnateur

Commission des services communautaires
CÔTÉ, André – président
Directeur général
C.L.S.C. Parc Extension

CIMON, André
Coordonnateur

Commission des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
TAYLOR-THIBODEAU, Win – présidente
Directrice générale par intérim
C.A. Chalet d'Enfants Primavesi

McNEIL, Ronald S.
Coordonnateur

Commission des services d'hébergement et de soins de longue durée
BILODEAU, Claude – président
Directeur des ressources
C.S.S.M.M.

TRACYK, Colette
Coordonnatrice

Commission des services de santé mentale
LAURIN, Dr Camille – président
Chef du département de psychiatrie
Pavillon Albert Prévost

FONTAINE, Nicole
Coordonnatrice

Commission des services hospitaliers de courte durée
LEVINE, David – président
Directeur général
C.H. de Verdun

PFEIFFER, Marie-France
Coordonnatrice

Commission des services aux personnes handicapées physiques
LABERGE, Jacques-Gilles – président
Directeur général
Centre de réadaptation Lucie Bruneau

PARÉ-FABRIS, Nicole
Coordonnatrice

Comité Inter-CSS
OUAKNINE, Léon – président
Directeur général
C.S.S.J.F.

ROCHON, Francine
Coordonnatrice

Comité régional en alcoolisme et autres toxicomanies
LEE, John – président
Conseiller au service de réadaptation
C.A. Préfontaine

DAOUST, Réal
Coordonnateur

LES COMITÉS DE PLANIFICATION, DES SYSTÈMES ET MÉTHODES

Comité régional en santé communautaire
HOEY, Dr John R. – président
Chef du D.S.C.
Hôpital général de Montréal

TREMBLAY, Yves
Coordonnateur

Comité d'informatique régional
LACHAPELLE, Yves – président
Coordonnateur administratif
Institut de cardiologie de Montréal

MAUGER, Yvan
Coordonnateur

LES COMITÉS DE L'INFORMATION ET DES RELATIONS AVEC LA POPULATION

Comité d'humanisation des soins en périnatalité
GAGNÉ, Louise
Coordonnatrice

Comité régional sur l'information et les communications
TRUDELLE, Doris – présidente
Directrice du service des communications
C.S.S.M.M.

BEYROUTI, Marie-Paule
Coordonnatrice

La région métropolitaine

Territoires des départements de santé communautaire

1. Général de Montréal
2. Verdun
3. Ste-Justine
4. St-Luc
5. Lakeshore
6. Sacré-Coeur
7. Maisonneuve-Rosemont
8. Laval

LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

Les responsabilités du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain portent sur la région 06-A. Comparée aux douze autres régions administratives, la région de Montréal métropolitain représente la plus petite superficie: 738,97 km carrés (285,32 milles carrés). (Source: Stat. Canada 1981).

Toutefois la densité de la population est 40 fois plus élevée que n'importe laquelle des autres régions. On y compte plus de 2 000 000 de citoyens répartis tel qu'indiqué sur le tableau suivant par territoire sous-régionaux.

La dénatalité et le vieillissement marquent la démographie de la région entraînant des situations telles que la fermeture d'écoles et une demande accrue de services de santé par les personnes âgées. La population âgée de 65 ans et plus se chiffrait en 1981 à 218 725 personnes et elle composera en 1996, 16,3% de la population totale de la région soit 282 593 personnes. (Source: Projection tirée du modèle Super pop. révisé 1980, M.S.S.S.).

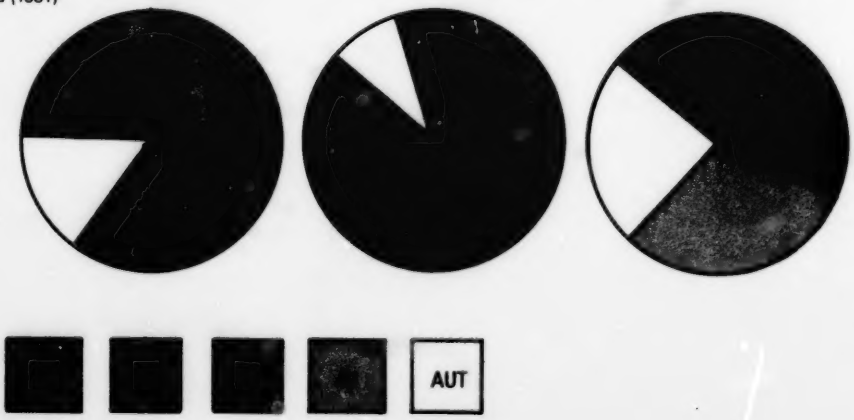
RÉPARTITION PAR TERRITOIRE DE LA POPULATION DE LA RÉGION 06-A

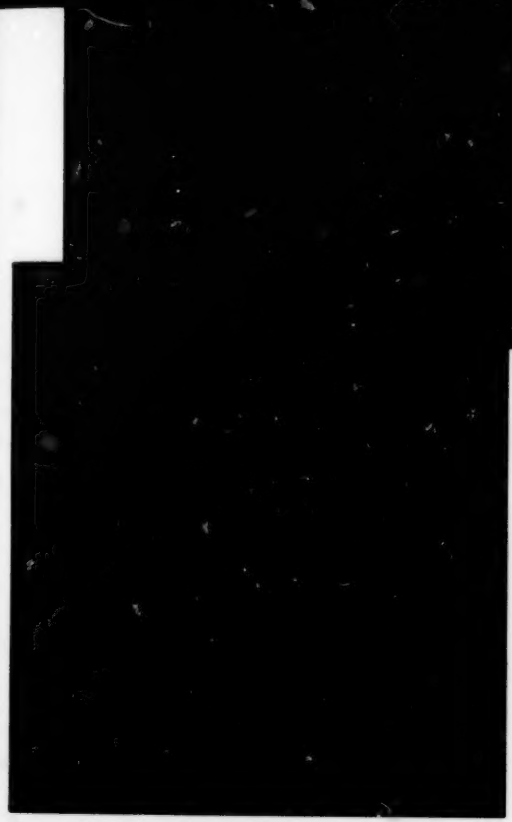
La région métropolitaine compte une grande diversité de groupes linguistiques et de communautés culturelles et les tableaux suivants illustrent les concentrations des principales communautés culturelles de toute la région ainsi que de la plus grande et de la plus petite sous-région.

Un dernier tableau présente les autres communautés culturelles de 10 000 membres et moins par ordre de progression.

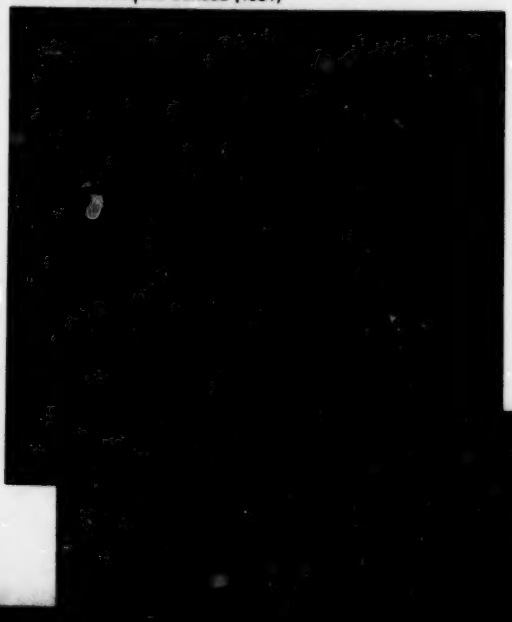
CONCENTRATION DES PRINCIPALES COMMUNAUTÉS CULTURELLES DE LA RÉGION ET DE LA PLUS GRANDE ET PLUS PETITE SOUS RÉGION

Source: Statistique Canada (1981)





Source: Statistiques Canada (1981)

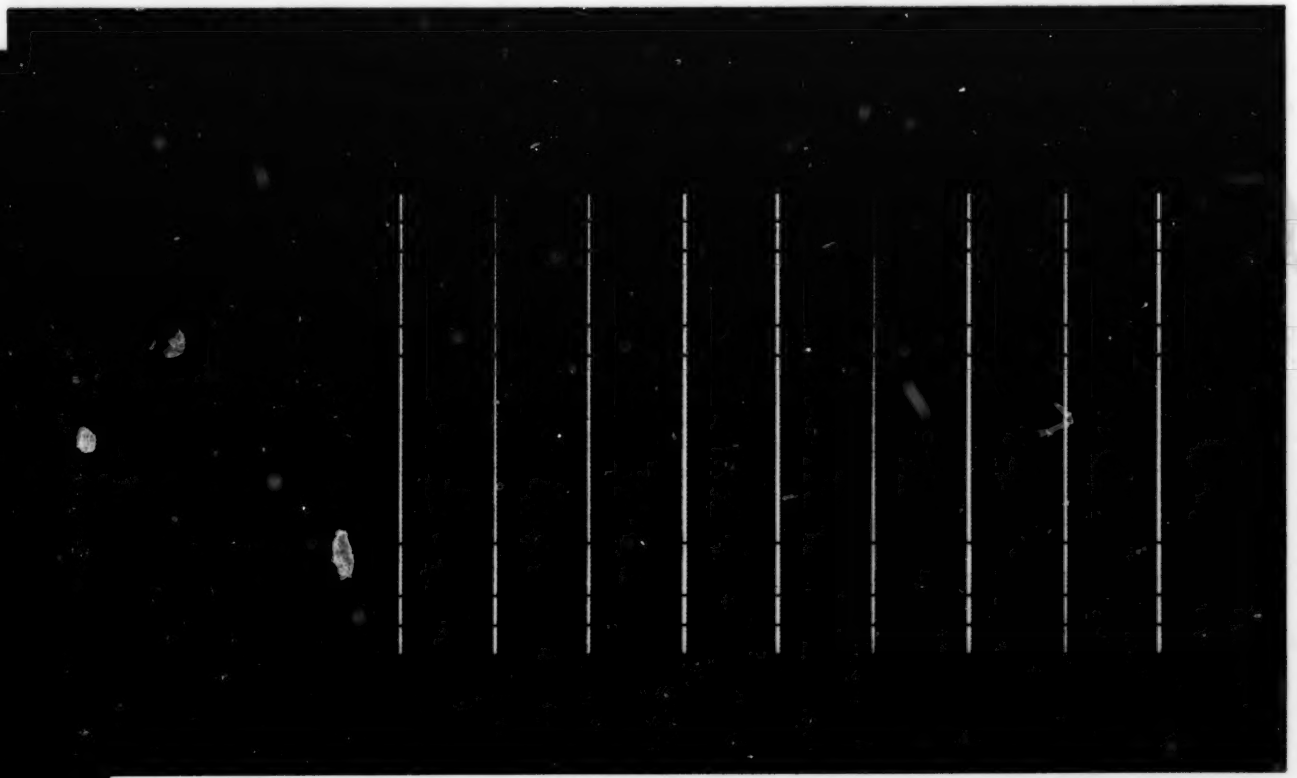


Les établissements dans la région

La région 06-A, qui couvre l'Île de Montréal, l'Île Jésus, l'Île Bizard et l'Île des Soeurs compte sur son territoire 248 établissements publics et privés de santé et de services sociaux: les centres hospitaliers (C.H.), les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), les centres d'accueil (C.A.) et les centres de services sociaux (C.S.S.).

Finalement, la région compte des centaines de groupes socio-économiques, des centaines de familles d'accueil et des foyers de groupe.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX RÉGION 06-A (MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN) PAR TERRITOIRE DE DSC



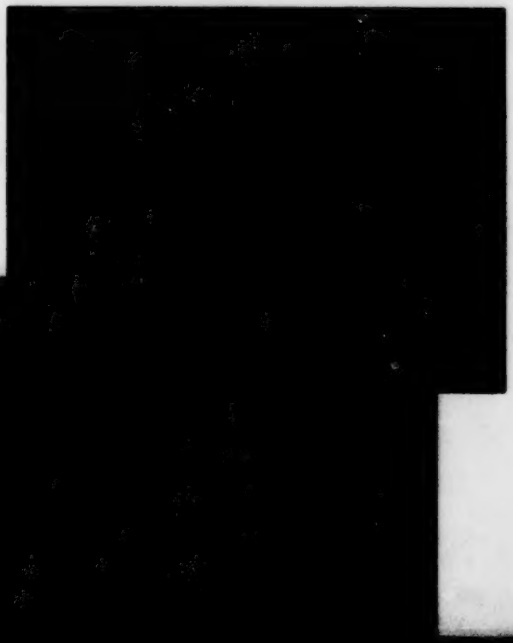
NOMBRE DE LITS PAR TERRITOIRE DE DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Source: Service de référence, C.S.S.S.R.M.M. (1986)
* 76 lits hors région.

Les Prix Persillier-Lachapelle remis à trois établissements dans la région

La région de Montréal métropolitain a été honorée de façon particulière cette année lors de la remise par la ministre de la Santé et des Services sociaux, des prix Persillier-Lachapelle 1985 soulignant la qualité des services offerts par cinq établissements et organismes de santé du Québec.

En effet, des cinq récipiendaires honorés, trois établissements se situent dans la région de Montréal.



II

LE SERVICE DU PERSONNEL ET LES DIRECTIONS DU CONSEIL RÉGIONAL

Le service du personnel a pour fonction principale l'administration des activités concernant le recrutement, la sélection, le perfectionnement et le bien-être des ressources humaines. Pour ce faire, il doit initier des programmes d'actions qui visent le développement et le maintien de l'intérêt au travail et l'établissement d'un état de relations interpersonnelles satisfaisantes.

La direction des urgences santé a pour mission: «d'être un centre de coordination et de «réponses» aux situations d'urgence pré-hospitalières, de coordination de l'ensemble de l'activité ambulancière et de concertation entre les intervenants pour la promotion du bon fonctionnement des services d'urgence et l'application des politiques d'admission dans les centres hospitaliers de soins de courte durée opérant un service d'urgence dans la région 06-A».

La direction des services administratifs gère des activités dans deux domaines bien distincts: «l'organisation des ressources matérielles et financières du Conseil régional comme entité corporative et l'organisation de certaines ressources humaines, matérielles et financières du réseau des services de santé et des services sociaux offerts à la population de Montréal métropolitain».

Le rôle de **la direction de la planification, des systèmes et méthodes** s'envisage sous deux angles: «il contribue premièrement à définir le contenu des orientations et priorités du Conseil régional et deuxièmement, il réalise des travaux de nature instrumentale: méthodologies, modèles, approches, analyses, conception de systèmes, etc...».

«Dans le cadre des objectifs généraux du Conseil régional, **la direction de la programmation** est responsable de la meilleure organisation possible des services de santé et des services sociaux disponibles à la population de la région. Les programmes de services de santé et de services sociaux sont développés en vue de répondre aux besoins concrets, multiples et croissants des citoyens de tout âge et de toute condition».

La direction de l'information et des relations avec la population se définit comme le lien et l'élément sensibilisateur représentant le bénéficiaire et l'usager de services de santé et de services sociaux auprès du Conseil régional, et comme le «leader» régional dans la mise sur pied d'un véritable réseau de communications, réunissant le Conseil régional, le ministère, les établissements et les organismes communautaires et bénévoles.

LE SERVICE DU PERSONNEL

La permanence du Conseil régional

Au 31 mars 1986, le nombre d'employés actifs était de 500 et ce nombre se compose d'employé(e)s à temps complet, temps partiel et temporaire répartí(e)s entre les différentes directions.

Les postes se distribuent comme suit:

10 postes à la direction générale
20 postes à la direction de la planification, des systèmes et méthodes
26 postes à la direction de l'information et des relations avec la population
33 postes à la direction de la programmation
82 postes à la direction des services administratifs
202 postes à la direction des urgences santé

Le Conseil régional compte 35% de personnel féminin chez les cadres et 72% chez les professionnels, contractuels et employés de bureau.

Cette année encore, grâce à la coopération du réseau, le Conseil régional a bénéficié de plusieurs prêts de ressources qui contribuèrent à la réalisation de ses objectifs.

Au cours de l'année financière 1985-1986, 220 dossiers d'embauchage et de transferts ont été traités.

Les relations de travail

En mai 1985, l'Alliance des infirmières de Montréal obtint l'accréditation des infirmières d'Urgences santé. De plus, une demande d'accréditation est actuellement en cours pour les employé(e)s de bureau de cette même direction.

Des rencontres régulières, avec les différents groupes d'employé(e)s du Conseil régional ont permis de consolider le climat de coopération existant ainsi que la motivation des différents intervenants.

Les activités d'amélioration de l'efficacité organisationnelle et de croissance personnelle

Deux activités majeures de formation ont eu lieu au cours de l'année visant trois groupes d'individus: les responsables de service, les secrétaires et les techniciens.

Tout d'abord, une activité support organisée pour les responsables de services offrait une expérience de sensibilisation au phénomène du stress et d'analyse des différents facteurs propres à chacun.

Par ailleurs, un groupe de secrétaires et de techniciennes en administration ont pu approfondir des notions de climat de travail, de contrôle des émotions, de relations interpersonnelles.

De plus, deux rencontres ont eu lieu visant une réflexion sur les concepts et méthodes de gestion véhiculés dans «Le prix d'excellence» et applicables dans notre milieu de travail.

Enfin, les orientations générales 1985-1986 «humanisation» et «prise en charge individuelle et collective» se sont traduites dans le nouveau programme d'évaluation du personnel cadre qui a été initié en novembre 1985. Ce programme sous-tend, entre autres, un esprit de collaboration et de support renouvelé et vise, à l'intérieur des responsabilités et pouvoirs de chacun, une satisfaction croissante au travail, l'expression de la créativité et la réalisation de chacun dans l'atteinte des objectifs personnels et de ceux du Conseil régional.

SECTEUR SERVICES TECHNIQUES

SECTEUR SERVICES PROFESSIONNELS

SECTEUR SYSTÈMES DE GESTION

LA DIRECTION DES URGENCES SANTÉ

Le processus de planification stratégique amorcé en 1984 à Urgences santé a permis à la direction de définir son rôle, les services qu'elle entend offrir à sa clientèle et les moyens à mettre en oeuvre pour que ce rôle soit pleinement rempli tout en respectant la mission du Conseil régional. Cette réflexion a permis de planifier, pour les trois années à venir, les orientations qu'entend prendre Urgences santé pour réaliser sa mission.

La mission d'Urgences santé se définit comme suit:

«Être un centre de coordination et de «réponses» aux situations d'urgence pré-hospitalières, de coordination de l'ensemble de l'activité ambulancière et de concertation entre les intervenants pour la promotion du bon fonctionnement des services d'urgence et l'application des politiques d'admission dans les centres hospitaliers de soins de courte durée opérant un service d'urgence dans la région 06-A».

Le rôle de chacun des secteurs de la direction est d'orienter leurs objectifs opérationnels respectifs vers l'atteinte d'objectifs plus globaux définis dans les mandats du Conseil régional et la mission d'Urgences santé.

Le secteur des services techniques voit principalement à la planification, la gestion et le contrôle de l'ensemble des services ambulanciers pour la région. Il doit aussi assumer la gestion et le contrôle des ressources techniques du système pré-hospitalier d'urgence. De ce fait, ce secteur doit être orienté vers la clientèle et porter une attention particulière à l'optimisation des services et à une réduction des structures de travail.

Le secteur des services professionnels planifie, gère et contrôle les activités reliées aux clientèles demandant, via le numéro 911 et le 842-4242 des services pré-hospitaliers d'urgence. Il voit à la prestation de services médicaux de qualité, au fonctionnement d'un service des archives et, en collaboration avec d'autres intervenants de la direction des urgences santé et les autres directions du Conseil régional, est responsable de la coordination des salles d'urgence et de l'application des politiques d'admission. Ces activités sont exclusivement orientées vers des clientèles nécessitant des services de santé urgents.

Une attention particulière doit donc être portée vers la définition et la précision du rôle de chacun des intervenants dans cette chaîne d'intervention.

Le secteur des systèmes de gestion regroupe un ensemble de fonctions nécessaires aux activités plus directes de services; la facturation, le service aux établissements, la formation et le perfectionnement, la recherche opérationnelle, et les méthodes et procédures assurent ainsi le support essentiel à la prestation des services.

Dans ce secteur, on doit porter une attention particulière à la formation des intervenants et plus spécifiquement aux techniciens ambulanciers et à la qualité du service de transport des malades entre les établissements. Il faut également jeter un regard critique sur l'organisation des services à la clientèle afin d'en améliorer la qualité.

Les perspectives pour l'année 1986-1987

Au-delà des grands paramètres déjà mentionnés, la direction des urgences santé priorisera en 1986-1987 les dossiers suivants dans l'ensemble de ses secteurs d'activités:

- participation à la mise en oeuvre et au contrôle des mesures retenues par le Conseil régional pour favoriser un fonctionnement optimal des salles d'urgence par l'actualisation des mesures de redressement afin de corriger le problème d'engorgement chronique et la mise en place du projet de gestion de destination des bénéficiaires lors des transports d'urgence.
- augmentation des efforts par la mise en place d'un projet-pilote afin d'apporter des modifications opérationnelles importantes au niveau des problèmes reliés aux transports inter-établissements.
- accentuation de la formation des techniciens ambulanciers à 336 heures, tel que prévu à la réglementation du Conseil régional, d'ici la fin de l'année 1987.
- restructuration des mécanismes d'information afin d'améliorer les communications entre les divers secteurs d'Urgences santé.
- implantation d'une nouvelle technologie à la radiocommunication et aux activités de gestion des appels.
- collaboration accentuée avec le service d'aide à la population dans le traitement et la solution des plaintes touchant la qualité des services offerts aux bénéficiaires.

Bernard Lefebvre
Directeur

1) Comite regional de developpement des cadres
2) Comite d'appreciation des projets d'immobilisations CA CLSC CSS
3) Commission des immobilisations CH
4) Commissions d'approvisionnements en commun A B C D
4) Comite regional de buanderie

LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Bien que certaines priorités de l'année 1985-1986 aient changé suite à une étude plus approfondie des modalités de réalisation, les activités prévues au plan d'action de la direction des services administratifs ont été dans l'ensemble réalisées.

Les clientèles visées, identifiables par catégories d'établissements ou par types d'intervenants dans le milieu, ont accentué en cours d'année leur prise en charge individuelle et collective dans les différents programmes que la direction réalise avec eux. Même s'il faut améliorer encore la performance de certains programmes, nous ne pouvons qu'être satisfaits des résultats obtenus.

Les perspectives 1986-1987

Les principales priorités pour l'année 1986-1987 ont été fixées avec l'objectif de privilégier le plus possible les projets de services à la clientèle. Touchant le programme de perfectionnement destiné aux membres des conseils d'administration, les interventions seront ajustées en cours d'année en fonction des développements du système de santé et de services sociaux. Des cours seront préparés pour les directeurs généraux en collaboration avec leur association.

Les programmes destinés aux cadres supérieurs et intermédiaires seront réévalués afin de les ajuster aux nouveaux besoins. À cet effet, une expérience pilote d'évaluation d'habileté tentée auprès des coordonnateurs de maintien à domicile des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) qui avait produit de bons résultats sera offerte aux cadres du réseau.

Concernant les organismes bénévoles, les besoins de formation des bénévoles en établissement seront réévalués et les programmes seront revus en conséquence.

Enfin, le service de perfectionnement offrira des programmes de soutien destinés au personnel du Conseil régional et aux cadres mis en disponibilité.

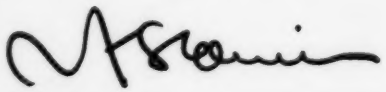
Dans le secteur de gestion des ressources matérielles, les priorités régionales des immobilisations en centres hospitaliers s'inscrivent dans le développement de services de réaménagement majeurs d'édifices existants ou de constructions neuves, des projets de maintien et de sécurité des édifices et de rénovation fonctionnelle, et enfin, les équipements reliés à ces grands projets. Le secteur des ressources matérielles en centre d'accueil, en centre de services sociaux et en centre local de services communautaires, s'emploiera à familiariser davantage les établissements au cheminement des dossiers et tentera d'en simplifier les opérations administratives.

Avec la participation de la direction de la programmation, on s'efforcera également d'améliorer la programmation fonctionnelle des espaces et des services dans les établissements, afin de rendre plus facile la relation besoins/ressources.

Le secteur des services partagés vérifiera la faisabilité et établira les modalités d'opérationnalisation d'un plan d'aménagement en matière d'approvisionnement en commun.

Le service de buanderie tentera d'augmenter le volume de ses activités pour faire fléchir davantage le coût régional et les établissements seront davantage sensibilisés au bien-fondé de l'opération et aux conséquences bénéfiques de leur participation.

Enfin, le service de ressources financières amorcera avec le service d'informatique, l'analyse préliminaire en vue d'implanter un système comptable informatisé inter-actif avec un langage de «quatrième génération».



Robert S. Larivière
Directeur

1. Comité régional en santé communautaire
2. Comité d'informatique régional

LA DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DES SYSTÈMES ET MÉTHODES

Au cours de la troisième année d'existence de la direction de la planification, des systèmes et méthodes, le personnel a réalisé des projets à partir du cadre de référence de planification et du plan directeur du Conseil régional.

Le service des études de besoins, de l'évaluation et des orientations

Le service des études de besoins, de l'évaluation et des orientations a consacré une grande partie de ses énergies à l'intégration de la recherche à la planification et à la programmation, favorisant de meilleures prises de décisions régionales par l'apport de connaissances articulées sur les besoins, les problèmes et les services. Pour ce faire, avec la collaboration de l'équipe de la programmation, le service a entrepris une démarche de révision des plans d'action des différents secteurs et des commissions administratives concernés à partir des problèmes prioritaires identifiés par le Conseil régional.

Ce travail permit de délimiter un certain nombre de dossiers régionaux nécessitant une intégration des travaux de programmation et des travaux de recherche pertinents, et d'identifier un nombre important de pistes d'analyse et de recherche pour les années à venir. D'ailleurs, les plans d'action pour 1986-1987 refléteront déjà une partie de ces résultats. D'autre part, cette approche intégrée planification-programmation laisse entrevoir des besoins importants de recherche et conséquemment, une collaboration de plus en plus poussée de nos partenaires des départements de santé communautaires (D.S.C.) et des centres de services sociaux (C.S.S.).

Le service des données et analyses

Tout en poursuivant la mise en place et l'entretien de bases de données, le service des données et analyses a contribué d'une façon importante au projet de répartition d'un budget de développement pour les services d'hébergement et de soins de longue durée. Ce projet visait à allouer des sommes à certains établissements afin de répondre aux besoins de services de plus en plus nombreux pour une partie des bénéficiaires du réseau.

Le service des données et analyses a apporté son support technique pour l'informatisation, la «modélisation» et l'analyse des données touchant à la fois les besoins des bénéficiaires, les budgets d'opération et les immobilisations. Cette collaboration prometteuse avec l'équipe des services d'hébergement et de soins de longue durée constitue une première car le support méthodologique, s'appuyant sur de multiples facteurs permet de répartir «l'enveloppe d'alourdissement» en ne tenant pas exclusivement compte des budgets des établissements.

Le service d'informatique

Le service d'informatique a débuté la mise en opération du système d'information destiné à faciliter le travail des préposés à la répartition et à la prise d'appels de la direction des urgences santé. D'importants travaux techniques ont été réalisés touchant les équipements, les logiciels de support et les logiciels d'application. Les logiciels permettant de recevoir les données en provenance du numéro 911 sont à ce jour opérationnels tandis que ceux qui facilitent la prise d'appels sont déjà prêts et seront implantés dès que l'étape de formation sera réalisée.

Durant l'année 1985-1986, le service d'informatique a réalisé d'autres systèmes tout en maintenant les systèmes existants. À cet égard, il convient de signaler le support constant du système de paiement et facturation des transports ambulanciers malgré des périodes de haute «tension»: grève, décrets, etc.

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

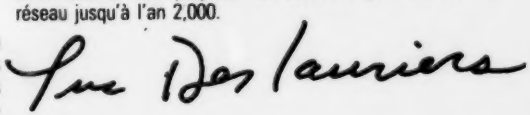
L'année 1985-1986 a aussi été l'année de la mise sur pied de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. La direction de la planification a été mandatée pour préparer les vues et propositions du Conseil régional contribuant ainsi à cette importante activité de réflexion et d'examen de notre système socio-sanitaire.

Après consultation auprès de la permanence et des membres des commissions administratives et des comités régionaux, le Conseil régional s'apprête à déposer un texte sur les problèmes et les enjeux de notre système de santé et de services sociaux ainsi que quelques orientations et pistes de solutions. Ce texte servira aux échanges qu'auront les représentants du Conseil régional avec les membres de la Commission Rochon en juin 1986.

Les perspectives 1986-1987

La poursuite des travaux d'intégration de la recherche à la programmation, un projet-pilote pour un système d'information de gestion en centres hospitaliers de soins de courte durée et la consolidation du service d'informatique sont les principaux projets au programme pour la prochaine année.

Quant à la Commission Rochon, le Conseil régional sera appelé à évaluer différents scénarios de changement du système socio-sanitaire et à proposer des solutions qui affecteront le réseau jusqu'à l'an 2,000.



Luc Deslauriers
Directeur

LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION

Dans le cadre des objectifs généraux du Conseil régional, la direction de la programmation est responsable de la meilleure organisation possible des services de santé et des services sociaux disponibles à la population de la région.

Les programmes de services de santé et de services sociaux sont développés en vue de répondre aux besoins concrets, multiples et croissants des citoyens de tout âge et de toute condition.

Les activités de la direction de la programmation se regroupent autour des services hospitaliers, des services de la réadaptation, des services d'hébergement et de soins de longue durée et enfin, des services de première ligne.

Ces quatre services travaillent de concert afin de développer des programmes intégrés de services dispensés par un ou plusieurs des établissements de la région. Ces activités permettent de faire annuellement des constats: la population montréalaise vieillit et nécessite plus de services de santé et de services sociaux; les problèmes de santé mentale sont de plus en plus complexes et lourds; un nombre important de jeunes vivent des difficultés importantes; enfin, l'accès aux services d'urgence de la région est problématique dans plusieurs points de la région, tel à l'est et au nord. Ces constats nous forcent à établir des priorités et à faire des choix qui sont difficiles puisqu'ils entraînent comme conséquence soit de modifier des services déjà existants, soit de partager différemment les richesses entre les organisations, ou encore d'utiliser plus rationnellement et économiquement des ressources qui se font de plus en plus rares.

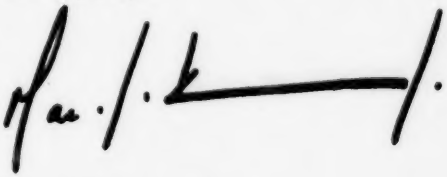
L'équilibre et l'adéquation des besoins divers et croissants de la population avec les ressources disponibles représentent un défi des plus stimulants et des plus complexes de la direction et de chacun des hommes et femmes qui composent cette équipe.

Les perspectives 1986-1987

- Pour l'année 1986-1987, la direction anticipe des activités intenses au chapitre de l'accessibilité aux services d'urgence de la région de Montréal.
- La direction aura à gérer un mandat très important touchant la préparation des plans de services régionaux et sous-régionaux dans lesquels devront s'inscrire l'approbation et la réalisation des plans d'effectifs médicaux, compte tenu des ressources budgétaires autorisées.
- Des efforts additionnels devront être consentis par tous les intervenants du réseau pour la population âgée en perte d'autonomie. Il sera nécessaire de raffermir les services les plus rapprochés du milieu naturel de ces personnes afin d'éviter le recours prématuré à l'institutionnalisation.
- La clientèle psychiatrique ou ayant des problèmes de santé mentale devra également être au centre des préoccupations régionales. Cette clientèle a besoin d'une gamme de services communautaires, intermédiaires et institutionnels répondant à ses besoins et à ceux de ses proches. Plusieurs projets sont déjà en cours de réalisation et devront durant l'année apporter des résultats tangibles.

Enfin, la programmation intégrée de services devra être consolidée pour les clientèles mésadaptée socio-affective, déficiente mentale, handicapée physique, et alcoolique et toxicomane.

L'ensemble de ces activités nécessite non seulement le concours des experts et intervenants du réseau, mais également celui de chaque citoyen directement concerné par les services qu'il reçoit.



Marcel Villeneuve
Directeur

LA DIRECTION DE L'INFORMATION ET DES RELATIONS AVEC LA POPULATION

La direction de l'information et des relations avec la population a tenté, tout au cours de l'année, d'être l'élément sensibilisateur représentant le bénéficiaire et l'usager de services de santé et sociaux auprès du Conseil régional et des intervenants du réseau. C'est dans cette orientation que se sont développées toutes les actions, conformément aux priorités et plans d'action définis: la préoccupation de l'humanisation dans les soins et services, le respect de la participation dans la gestion et dans la définition des orientations, la préoccupation de développer une relation d'aide éclairée et le souci d'une information accessible à tous. La réalisation de ces plans d'action et le respect des objectifs ont été rendus possibles grâce à la collaboration d'une équipe multidisciplinaire, appuyée d'un personnel de soutien qualifié.

C'est ainsi qu'au secteur «Information», ont été regroupées les actions d'information, visant l'équipe interne du Conseil régional, les clientèles-cibles définies dans les plans d'action et la coordination du Comité régional sur l'information et les communications. L'équipe du Conseil régional est rejointe régulièrement par le journal interne «Conseil Express», les feuillets «Info Flash» et «D'un étage à l'autre», dans un effort de sensibilisation et un souci de faire circuler l'information interne.

Le Comité régional sur l'information et les communications a été particulièrement actif et a présenté au conseil d'administration les différentes propositions d'action nécessaires à la création du réseau régional de communication. Ce réseau, souhaité à la fois par les intervenants des établissements et les groupes et organismes communautaires et bénévoles, devrait être développé par la mise en action des différentes activités proposées. Nous pensons donc actuellement à une composition élargie de ce comité, permettant non seulement une présence majoritaire des communicateurs du réseau mais favorisant aussi la présence des personnes préoccupées et sensibilisées aux problèmes des «communications» à différents niveaux.

Deux services de la direction sont principalement orientés vers la population. Il s'agit du «Service à la population» et du «Service aux organismes bénévoles».

Le service à la population est spécifiquement préoccupé par le bénéficiaire, l'usager des services de santé et des services sociaux dans le respect de leurs droits, la qualité des services et la réponse à leurs besoins. Grâce au bureau d'information, le service répond aux demandes de renseignements et de référence, aux appels au secours, et oriente l'appelant vers la ressource adéquate.

1 Comité régional sur l'information et les communications
2 Comité d'humanisation des soins
3 Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels du C.S.S.S.R.M.M. Laval

Une équipe affectée au traitement des plaintes est également à l'écoute de l'usager: elle reçoit et entend le bénéficiaire non satisfait et lésé dans ses droits. Des relations sont donc étroitement maintenues entre l'équipe des plaintes, les porte-parole des malades, les comités des bénéficiaires, les directions des établissements, et également avec les différentes directions et commissions et comités du Conseil régional.

Dans ce même secteur, le Comité d'humanisation des soins, maintenant coordonné par la responsable du dossier de la condition féminine, a pu consulter et apporter ses commentaires sur le «projet de politique en périnatalité» du ministère de la Santé et des Services sociaux, et ainsi développer son plan d'action, en relation avec les approches de cette politique. Les dossiers de violence conjugale, de violence aux victimes d'agression sexuelle, ainsi que celui des femmes incarcérées et des femmes itinérantes y sont abordés.

Enfin, le service de relations avec la population est complété par le secteur spécifiquement relié à la surveillance et à la réglementation des élections des conseils d'administration des établissements publics. La conformité à la législation de nos conseils d'administration, la qualité, l'expertise et la connaissance des membres des conseils d'administration, le soutien aux directions générales et l'appui dans le fonctionnement de ces conseils est pour nous prioritaire afin de respecter l'essence même de notre système et permettre une participation éclairée et une gestion saine et positive.

Le service aux organismes bénévoles complète les activités reliées à la population et aux différents regroupements du milieu. Le processus de reconnaissance des organismes bénévoles en vue des élections des conseils d'administration des établissements favorise une meilleure connaissance de ce secteur.

Complétant les activités et responsabilités de la direction envers l'équipe interne du Conseil régional, les intervenants des établissements et la population, le service de référence est un service de soutien au fonctionnement de l'ensemble du Conseil régional. Ce service est responsable de la gestion documentaire, du fichier des établissements, du centre de documentation, de l'application de la Loi sur la conservation des documents et du respect des règles du droit d'auteur.

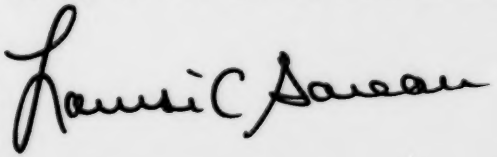
Les perspectives 1986-1987

Dans cette prochaine année, des dossiers seront priorisés au niveau de chacun des services et secteurs. Que ce soit par le biais d'une activité d'information régionale, par une communication spécifique à l'usager, par l'accès à un bottin de ressources de plus en plus complet, la direction devra répondre à son mandat de «leader régional dans la circulation de l'information».

C'est par le traitement des plaintes reçues, la réception des appels d'information et l'analyse des politiques et systèmes que la direction répondra à son mandat de sensibilisateur aux besoins de la population et à la qualité des services. Dans sa préoccupation de favoriser une saine administration des établissements, la direction fera les recommandations appropriées permettant, tout en respectant les législations, d'apporter les corrections nécessaires au bon fonctionnement des conseils d'administration.

Soucieuse de voir reconnaître l'apport des différentes instances du réseau communautaire et bénévole, la direction présentera en collaboration avec la direction de la programmation, un projet de politique de relations et de soutien, soulignant et reconnaissant la présence concrète de l'action volontaire dans la distribution des services.

Concernant les comités des bénéficiaires, la direction devra, en réponse à de nombreuses demandes, relancer son programme d'appui. Cette relance sera la principale activité au programme d'amélioration des relations avec les citoyens auquel le service a participé avec les autres conseils régionaux et le ministère.



Louise Caron-Gareau
Directrice

III
DOSSIER
THÉMATIQUE

LA PROGRAMMATION INTÉGRÉE DE SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

La population âgée de la région 06-A s'accroît en nombre et en proportion. Notre population est déjà plus vieille et vieillira davantage que celle du Québec pour atteindre 15,9% de la population totale en 1995.

Des études sur l'utilisation des services de santé pour la population âgée dévoilent que:

- en 1980, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 8% de la population mais consommaient pour 41% des services reliés au domaine de la santé (actes médicaux, hébergement, etc...);
- en 1980, les personnes âgées ont consommé 16% des actes et examens remboursés par la régie d'Assurance-maladie du Québec;
- actuellement, les personnes âgées représentent 16% du nombre de cas admis en lits de courte durée et 29,2% des journées d'hospitalisation et 33% des patients sur civière dans les salles d'urgence sont des personnes âgées;
- la liste des personnes qui ont fait une demande d'hébergement est actuellement de 3 000 bénéficiaires;

En ce qui concerne la perte d'autonomie et les besoins d'aide des personnes âgées, d'autres études révèlent:

- une baisse constante du degré d'autonomie surtout après 75 ans, avec en parallèle une augmentation des incapacités;
- une baisse de l'autonomie qui touche surtout l'entretien ménager et les courses;
- 20% des personnes âgées ne peuvent demeurer seules sans aide à domicile.

La réponse à certains besoins de cette clientèle se retrouve à l'intérieur d'un continuum de soins et de services offerts à domicile, (maintien à domicile), en institution (unité d'évaluation et de traitement actif en gériatrie, unité de réadaptation, centre d'accueil et d'hébergement, centre hospitalier de soins de longue durée) ou dans la communauté (hôpitaux de jour, centres de jour, groupes d'entraide, etc...).

L'historique des soins de longue durée des dernières années nous révèle une nette priorisation de l'approche institutionnelle qui en soi était et est encore nécessaire. Cependant la réponse aux besoins des personnes âgées doit être satisfaite aux différents niveaux de services, afin de maintenir l'autonomie de la personne âgée et de ce fait retarder son placement en institution.

La plupart des centres hospitaliers de soins de courte durée, possèdent ou implantent une unité d'évaluation et de traitement actif en gériatrie. Ces unités permettent à la personne âgée de recevoir, après évaluation, des soins et des services prenant en considération les facteurs bio-psycho-sociaux pouvant affecter la qualité de vie de celle-ci.

Au cours de la prochaine année, le défi à relever pour assurer à la personne âgée des services quantitatifs et qualitatifs, réside dans la capacité qu'auront les éléments du réseau de services à se coordonner et à établir des liens de complémentarité.

Le programme de maintien à domicile

À l'heure actuelle, grâce aux transferts du personnel des départements de santé communautaire (D.S.C.) dans les nouveaux centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et à la constitution des équipes de première ligne là où il n'y a pas de C.L.S.C., on peut compter sur des équipes intégrées «aide et soins» partout dans la région. Il reste à compléter ces équipes et à les consolider. Il faut rappeler qu'une équipe multidisciplinaire en services à domicile vise à regrouper l'éventail des ressources suivantes: infirmières, auxiliaires familiales, médecins, travailleurs sociaux, travailleurs communautaires, ergothérapeute, physiothérapeute, coordonnatrice et personnel de support.

Dans une optique de développement et de consolidation, un dossier étoffé a été préparé portant le titre «Services à domicile dans la région 06-A... Élément du système de santé et des services sociaux à développer en priorité». Ce document dresse, d'une part, le portrait des services à domicile dans la région 06-A, en rappelant les politiques et mandats des équipes de maintien à domicile et en diffusant toute l'information disponible sur les problématiques rencontrées, les clientèles visées et rejointes, les ressources actuelles et leurs coûts. Ce dossier présente une estimation des besoins de développement budgétaire évaluée à 60 000 000 $ supplémentaires, qui sont nécessaires pour permettre aux services à domicile de jouer enfin le rôle qui leur revient dans le système de santé et de services sociaux. Depuis cette étude, une avance de fonds de près de 10 000 000 $ a été accordée.

Un budget de développement de 435 690 $ pour les services à domicile a été réparti pour l'année budgétaire 1985-1986, entre les C.L.S.C. et les équipes de première ligne selon une méthodologie de partage améliorée qui respecte les objectifs suivants: consolidation des équipes de base, répartition en fonction des besoins et rééquilibre des équipes les unes par rapport aux autres.

Des actions concrètes ont été amorcées et sont toujours en cours dans le but d'élargir l'accessibilité horaire et d'uniformiser la disponibilité des services et des types de services des C.L.S.C.

Après plusieurs consultations, concertations, efforts de conception et discussions dans l'ensemble de la région, le Comité régional de maintien à domicile a recommandé d'expérimenter jusqu'au printemps 1988, l'outil de classification par types en milieu de soins prolongés (C.T.M.S.P.) révisé (version 1985), comme outil commun d'évaluation en maintien à domicile dans la région 06-A, après une formation adéquate des intervenants concernés de toutes les équipes.

Le projet «Cas lourds»

Le projet de financement de services de maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie (projet «Cas lourds») a poursuivi ses activités toute l'année et le conseil d'administration du Conseil régional a pris la décision de le maintenir jusqu'en mars 1988. En 1986-1987, ce projet aura contribué au maintien à domicile de près de 800 personnes âgées et aura coûté 800 000 $. L'achalandage continue d'augmenter et se chiffre présentement à environ 90 nouvelles demandes par mois. Le projet prendra une importance et une dimension nouvelle dans le cadre des mesures de maintien à domicile prévues afin de solutionner les problèmes dans les urgences des centres hospitaliers.

Le projet d'organisation de services intensifs à long terme à domicile pour les personnes handicapées physiques

Le projet d'organisation de services intensifs à long terme pour les personnes handicapées physiques a été poursuivi en 1985-1986, avec la collaboration de l'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.). Actuellement, près de 200 cas sont régulièrement suivis à domicile et 5 et 35 heures de services par semaine sont effectuées au coût moyen de 7 400 $ par année/personne. Il faut noter que le financement accordé pour chaque plan de services est lié à la personne handicapée, de telle sorte qu'elle continue de recevoir ses services dans un cas de déménagement à l'intérieur de la région.

Un cadre de référence pour une meilleure collaboration entre établissements

Grâce à des travaux conjoints entre la Commission administrative d'hébergement et de soins de longue durée et le Comité de maintien à domicile, le conseil d'administration du Conseil régional adoptait en septembre dernier un cadre de référence «Pour une meilleure collaboration entre C.L.S.C., Centres communautaires, Centres de Jour et Hôpitaux de Jour». Ce cadre de référence a été acheminé à tous les établissements concernés les invitant à faire tous les efforts requis pour l'actualiser.

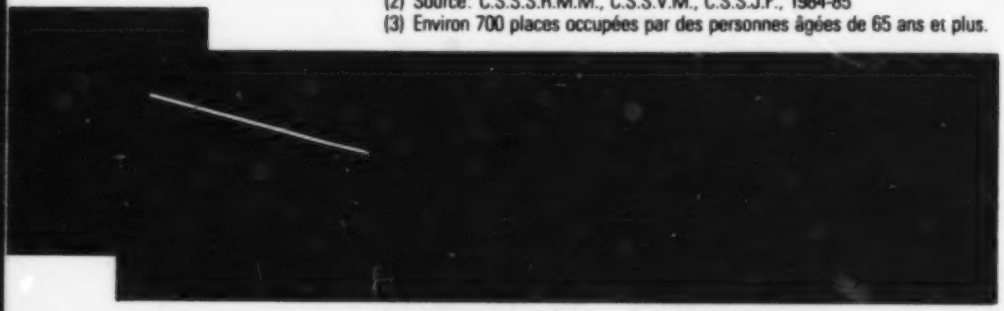
L'hébergement et les soins de longue durée pour la personne âgée

La clientèle en hébergement et en soins de longue durée est principalement constituée de personnes âgées et d'adultes en perte d'autonomie. Les établissements desservant cette clientèle (centres d'accueil et centres hospitaliers de soins de longue durée) offrent une série de programmes: hébergement régulier ou temporaire, réadaptation, évaluation, soins palliatifs, services en hôpital de jour ou centre de jour. Ces services peuvent être dispensés en milieu interne ou externe.

D'autre part, les autres catégories d'établissements: les C.L.S.C., C.S.S., C.A.R. et C.H.S.C.D. travaillent en collaboration avec les C.A.H. et C.H.S.L.D. sur les aspects suivants: évaluation, références, coordination des admissions et suivi de plans de services concernant ces mêmes bénéficiaires.

Les tableaux qui suivent présentent les services internes et externes offerts dans la région, en hébergement et soins de longue durée pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie.

(1) Source: C.S.S.S.R.M.M. — Fichier des établissements
(2) Source: C.S.S.S.R.M.M., C.S.S.V.M., C.S.S.J.F., 1984-85
(3) Environ 700 places occupées par des personnes âgées de 65 ans et plus.



(1) Source: C.S.S.S.R.M.M. — Fichier des établissements
(2) Dont 6 en implantation

Trois grandes priorités retenues pour l'année par la Commission administrative des services d'hébergement et de soins de longue durée découlent de l'orientation majeure du Conseil régional concernant les personnes en perte d'autonomie.

Il s'agit de la coordination et de l'évaluation des structures sous-régionales d'évaluation et d'admission; du développement de services et de ressources permettant le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel; et enfin, de l'établissement de services externes ou spécialisés pour favoriser l'autonomie des personnes âgées.

Les actions posées concernant les structures sous-régionales d'évaluation et d'admission sont les suivantes:

- l'application des prêts de ressources entre plusieurs territoires;
- la formation d'un comité régional d'examen des demandes d'exemption dans l'application des critères d'admission;
- l'adoption de la grille C.T.M.S.P. 1985 comme instrument révisé des demandes d'admission en ressources institutionnelles;
- la mise en place d'un comité inter-réseaux pour les cas litigieux;
- la mise à jour de l'évaluation des bénéficiaires hébergés en C.A.H. et C.H.S.L.D.

Au chapitre du développement de services et ressources permettant le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel, le Conseil régional a initié en 1985-1986, une des démarches visant à minimiser le recours aux ressources institutionnelles par la population adulte et âgée.

Pour ce faire, on organisa des rencontres de sensibilisation et d'information auprès de groupes de personnes âgées; un bilan sur le réseau familles d'accueil fut préparé et envoyé au ministère accompagné de recommandations visant la consolidation de ce réseau. Enfin, des centres d'accueil à taux fixe furent convertis en pavillons.

Les mesures concernant l'établissement de services externes ou spécialisés portèrent surtout sur le suivi au dossier des urgences initié en 1984-1985 ainsi que sur l'implantation des ressources annoncées suite à l'octroi des budgets de développement 1984-1985 et 1985-1986:

- Conclusion du projet d'implantation de quatre hôpitaux de jour annoncés en 1983-1984. Ces hôpitaux ont tous ouvert leurs portes et offrent maintenant des services aux personnes âgées.
- Consolidation du budget de 17 centres de jour et début de la phase d'implantation de six nouveaux centres de jour.
- Ouverture de 36 lits d'hébergement temporaire dont 31 sont réservés pour des cas d'urgence sociale en provenance de C.H.S.C.D. et adoption d'orientations régionales sur l'hébergement temporaire.
- Diffusion des recommandations du comité conjoint sur les services externes, reliées au programme de maintien à domicile.
- Mise en place d'équipes sous-régionales en réadaptation et dispensation de services par prêt de ressources.
- Mise en place de trois équipes d'intervention et début de la dispensation de services psycho-sociaux en C.A.H. et C.H.S.L.D.

Les rencontres d'information pour la personne âgée

A l'aide d'un diaporama valorisant la «prise en charge» et de deux dépliants donnant des renseignements sur la planification de la vie d'adulte-aîné et sur le processus à suivre pour être hébergé, une personne-ressource a pu rejoindre un peu plus de cinquante (50) groupes et au-delà de mille cinq cents (1 500) personnes. Ces renseignements seront à nouveau disponibles lors du «Salon international des aînés» qui se tiendra en juin prochain et auquel le Conseil régional participera.

LE SUPPORT AUX PERSONNES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les problèmes de santé mentale

Les troubles mentaux constituent présentement une problématique prioritaire au sein de la population québécoise. Un québécois sur six rencontrera à un moment ou l'autre de sa vie des problèmes de santé mentale. Les troubles psycho-affectifs constituent le motif de consultation de 50% des consultations des médecins de famille. Le taux de suicide chez les jeunes a triplé dans les deux dernières décennies. La génération du «baby boom» se situe dans la tranche d'âge 18-35 ans, période durant laquelle les symptômes de psychose se manifestent activement et nécessitent le plus de soins, exerçant ainsi une demande accrue de services.

Les services nécessaires en santé mentale

L'éventail des services nécessaires pour constituer un véritable réseau de services de santé mentale sont les suivants:

- des programmes de promotion, d'information, de prévention et de dépistage;
- des services d'aide et de support psychosocial;
- des services d'intervention de crise et de dépannage dans la communauté;
- des services d'urgence psychiatrique;
- des services de traitement diversifiés en milieu communautaire et hospitalier;
- des services de soins prolongés;
- des services de réadaptation, d'hébergement, de support et suivi dans un but de maintien dans la communauté.

Les services offerts dans la région

Actuellement, les services de santé mentale sont, à Montréal comme ailleurs, distribués principalement dans les centres hospitaliers mais le Conseil régional vise depuis quelques années à diversifier davantage les services et à responsabiliser les autres partenaires et organismes du réseau.

La répartition de l'enveloppe budgétaire régionale en services de santé mentale totalise un montant de 244 000 000 $ répartis comme suit:

- 76% aux hospitalisations de courte et de longue durée, 7% aux soins ambulatoires et 9% aux autres services tels que les services psycho-sociaux, les services de réinsertion, l'hébergement et le support dans la communauté.

Les services hospitaliers psychiatriques sont donnés par quatre centres hospitaliers psychiatriques qui absorbent 80% de l'enveloppe régionale, et 18 départements de psychiatrie des centres hospitaliers généraux s'en répartissent 17%.

Trois centres de services sociaux contribuent aux services sociaux au sein des équipes psychiatriques pour enfants et pour adultes et contribuent également au développement de ressources de maintien dans la communauté.

Les actions entreprises en santé mentale

Les C.L.S.C. sont de plus en plus impliqués dans les services de santé mentale. Une enveloppe de développement de 500 000 $ a été répartie en 1985-1986 entre les C.L.S.C. du territoire du D.S.C. Maisonneuve-Rosemont afin de doter ces derniers d'un minimum de services en santé mentale en complémentarité avec les équipes psychiatriques du C.H. Louis-H. Lafontaine. L'implantation de ces équipes se fera au cours des années 1986-1987. Les Commissions des services communautaires et des services de santé mentale ont été conjointement impliquées dans ce processus.

La collaboration du Conseil régional à la mise en forme des orientations du C.H. Louis-H. Lafontaine.

Le Conseil régional a également collaboré à la mise en forme des orientations futures du C.H. Louis-H. Lafontaine, annoncées à l'automne 1985 et au début de l'année 1986, la ministre de la Santé et des Services sociaux confirmait ces orientations et les budgets qui y sont rattachés. Ces orientations sont les suivantes:

- la création de trois établissements (C.H., C.A.H., C.A.R.);
- le transfert des clientèles déficientes mentales et personnes âgées dans leur réseau de services respectif;
- la désinstitutionnalisation d'environ 300 personnes sur une période de 5 ans, pour réduire le nombre de la clientèle du C.H. psychiatrique Louis-H. Lafontaine à 1 000 lits;
- la démolition et/ou le réaménagement des édifices.

L'implantation de ressources dans la communauté

L'implantation des ressources de support, de suivi et d'hébergement dans la communauté s'est poursuivie cette année. Les cinq coordonnateurs sous-régionaux ont déposé leur premier bilan pour l'année 1985-1986 et leurs prévisions pour les deux années suivantes. D'après ce bilan, les ressources seront toutes implantées et en opération durant l'année 1986-1987. Ces ressources qui doivent desservir principalement les jeunes adultes psychotiques, sont constituées de milieux de jour et de soir, de foyers de groupe, d'appartements supervisés, de groupes d'entraide, etc.

Les services pédopsychiatriques en centre d'accueil de réadaptation

Les services pédopsychiatriques en centre d'accueil de réadaptation (C.A.R.) pour jeunes mésadaptés socio-affectifs ont fait l'objet d'une analyse en profondeur de la part des commissions administratives de la mésadaptation sociale et en santé mentale. Les résultats de cette analyse, quoique encore imprécis, ont quand même permis d'améliorer les communications entre les services concernés (C.A.R. et milieu psychiatrique). Quoiqu'il en soit, il demeure une volonté ferme d'assurer des bases stables de collaboration et de préciser davantage les types de services demandés par les C.A.R. aux pédopsychiatres.

D'autres travaux

Une révision de la sectorisation a également été commencée en 1985-1986 et se terminera en 1986-1987. Dans le cadre de ces travaux, un inventaire des ressources a été fait, ainsi qu'une évaluation des besoins de la population et divers scénarios de répartition du territoire sont envisagés par territoire de D.S.C. Enfin, et c'est l'aspect le plus important, des scénarios de fonctionnement sous-régionaux basés sur un système d'information et un mécanisme de coordination sont prévus.

Des travaux amorcés en 1985 et se poursuivant pour la clientèle psychiatrique judiciarisée, se termineront en 1986-1987 par le dépôt d'un plan d'action aux deux ministères concernés (le ministère de la Justice et le ministère de la Santé et des Services sociaux). Les objectifs visés sont de donner à ces clientèles un meilleur accès aux services de santé mentale (services psychiatriques, services communautaires), et d'améliorer l'articulation de ces services entre les deux réseaux.

LA PROGRAMMATION INTÉGRÉE POUR LES POPULATIONS-CIBLES:

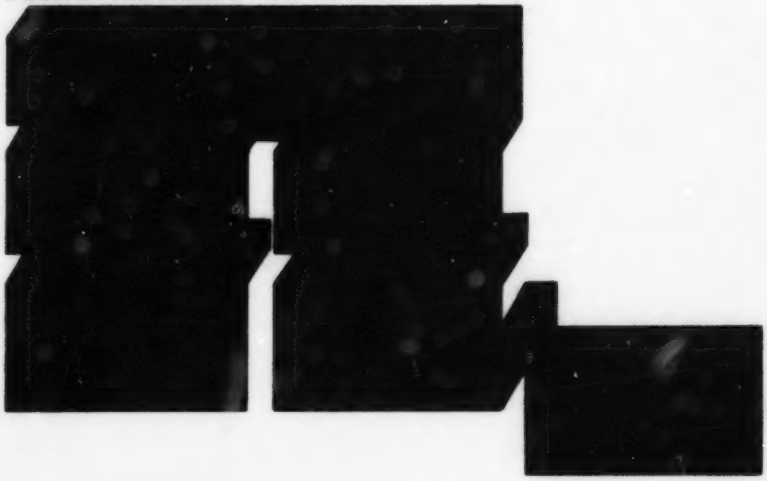
- la jeunesse en difficulté
- les personnes handicapées physiques et sensorielles
- les personnes ayant une déficience intellectuelle
- les personnes alcooliques et toxicomanes

LA JEUNESSE EN DIFFICULTÉ

La jeunesse en difficulté, population-cible pour laquelle le Conseil régional tente de plus en plus de développer une programmation des services intégrée, doit bénéficier d'interventions bien coordonnées, si on veut atteindre l'objectif d'une meilleure participation sociale.

C'est pourquoi la mise en place d'une commission administrative élargie de la mésadaptation sociale vise à amener tous les intervenants concernés à travailler en concertation dans le but d'agencer les différents services mis à la disposition du jeune en difficulté afin de mieux répondre à ses besoins. Les réseaux concernés sont ceux des ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, de la Justice, de la Main-d'oeuvre, des Affaires municipales, des organismes bénévoles et communautaires.

LES SERVICES OFFERTS POUR LA JEUNESSE EN DIFFICULTÉ



Les services institutionnels

Depuis le début du siècle, le traitement et l'aide aux jeunes en difficulté passaient quasi systématiquement par le biais de ressources institutionnelles.

Il est vrai que le réseau des centres d'accueil de réadaptation est toujours présent et actif dans la société, la région du Montréal métropolitain comptant près de 300 places pour les jeunes de 0-12 ans et plus de 1 000 pour les adolescents et adolescentes de 12-18 ans. Cette lecture ne qualifie en rien ce qu'offrent ces centres non plus qu'elle ne quantifie réellement les services aux jeunes en difficulté.

Les services externes

La volonté d'inscrire les services aux jeunes mésadaptés socio-affectifs dans les conditions et milieux de vie qui leur sont usuels se traduit par, outre le développement de ressources d'hébergement intermédiaires à l'internat, la création d'une gamme importante de services externes et de services inscrits dans la communauté de vie et la famille.

En effet, un centre d'accueil de réadaptation peut offrir des programmes que les jeunes obtiendront dans un de ses points de service tout comme il peut aussi dispenser des services dans le cadre du milieu de vie du jeune. On peut nommer ici les programmes de transition dans le milieu, de réadaptation communautaire, d'action dissuasive auprès des adolescents, ceux de support scolaire ou encore de création et d'organisation d'un milieu de vie familial et social. Cette énumération n'est qu'indicative des modes diversifiés et adaptés d'intervention auprès des jeunes et de leur famille.

La concertation avec d'autres réseaux

Afin de respecter et d'utiliser les forces du jeune et de son milieu et d'agir en concertation avec d'autres établissements ou intervenants, des projets conjoints faisant appel aux ressources du centre d'accueil, du milieu scolaire du C.S.S. ou encore des organismes communautaires ont été entrepris. Ces projets, quoiqu'encore peu nombreux, tendent à générer d'autres modes d'interventions identifiées sous le thème de la sous-régionalisation.

Source: Secteur mésadaptation sociale, C.S.S.S.R.M.M. (1986)

La sous-régionalisation
En 1985-1986, la réflexion sur le thème de la sous-régionalisation s'est poursuivie à la Commission administrative de la mésadaptation sociale. Depuis l'automne, les centres d'accueil offrant des services aux jeunes 0-12 ans, en collaboration avec le service de ressources institutionnelles du C.S.S.S.R.M.M., explorent des avenues concrètes de projets à élaborer sur une base sous-régionale, impliquant la concertation et la collaboration avec d'autres établissements ou organismes. Des centres de réadaptation pour adolescent(e)s ont aussi élaboré et soumis au Conseil régional des projets locaux.

Outre les projets spécifiquement rattachés aux services en centres d'accueil, des dossiers ont été menés en vue d'élaborer une programmation intègrée pour la jeunesse en difficulté. Ces dossiers se poursuivront en 1986-1987 avec entre autres, les secteurs de la santé mentale et des services de première ligne.

Les préoccupations concernant la dispensation des services, leurs modes d'accès et leur ouverture, se sont concrétisées dans des dossiers tels que le mécanisme régional de coordination des admissions et les services pédopsychiatriques en C.A.R. ainsi que l'analyse des services des organismes bénévoles pour les jeunes mésadaptés socio-affectifs et la reprécision de leur champ d'action.

LES PERSONNES HANDICAPÉES PHYSIQUES ET SENSORIELLES

C'est par les différents dossiers étudiés à la Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques qu'il a été possible d'élaborer les premiers jalons d'une programmation intégrée de services offerts aux personnes handicapées physiques et sensorielles.

Différentes catégories d'établissements du réseau de la région offrent des services de réadaptation de divers niveaux, soit de première, deuxième et troisième ligne ou encore de maintien à domicile. De plus, la commission administrative a des représentants de différents secteurs de soins ainsi que des représentants de plusieurs organismes de promotion. Ceci permet d'avoir une vision globale des services à offrir à la clientèle de façon à s'assurer que les recommandations s'intègrent dans un continuum de services et répondent bien aux besoins spécifiques de trois clientèles-cibles (auditive, motrice et visuelle). C'est dans cet esprit que fut ajoutée cette année une représentation des centres hospitaliers de soins de courte durée (convalescents/réadaptation) sur la commission, suite aux changements apportés aux règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui changent la vocation de certains CHSLD en CHSCD convalescents/réadaptation.

Suite à cette réorganisation, la région compte maintenant, pour la clientèle des personnes handicapées physiques et sensorielles, deux centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.) publics et privé; deux centres hospitaliers de soins de courte durée à vocation de réadaptation publics, et cinq centres hospitaliers de soins de courte durée convalescents/réadaptation publics et un privé.

Les services aux personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral
Poursuivant son objectif de programmation intégrée pour ses trois clientèles-cibles, la commission administrative a terminé l'étude du dossier des services aux personnes handicapées suite à un traumatisme cranio-cérébral et au cours de l'été 1985, un état de situation des services offerts à cette clientèle-cible fut réalisé. (Le rapport est disponible au centre de référence du Conseil régional).

Cet état de situation a permis d'avoir le portrait régional des services offerts à cette clientèle et des services non offerts, ainsi que de dégager le type d'approche utilisée. Suite aux conclusions de ce dossier, les établissements directement impliqués auprès de cette clientèle ont été consultés. L'impact majeur de ce programme sera d'améliorer les services offerts et de s'assurer que les personnes retournent dans leur milieu de vie le plus vite possible, réintégrant ainsi dans la plupart des cas, les activités accomplies avant l'accident ou le traumatisme.

L'accès aux services de réadaptation fonctionnelle
On a terminé en cours d'année, l'élaboration des différents paramètres d'un système d'information concernant l'accès aux services de réadaptation fonctionnelle. La mise en place de ce système permettra de mieux connaître la situation régionale en regard des services offerts présentement et donnera un tableau des services non offerts mais requis par la clientèle. Les services offerts à ce moment-ci sont nettement insuffisants et cette insuffisance se répercute sur les services des secteurs autres que ceux de la réadaptation.

Les ressources alternatives
Au cours de cette année, la commission administrative a été sensibilisée à l'absence quasi-totale de ressources alternatives

soit intermédiaires ou légères, pour répondre aux besoins d'une clientèle de jeunes adultes dans la région. Divers scénarios sont présentement élaborés afin de faire différentes propositions pour solutionner ce problème important dans notre région.

Des équipements techniques d'aide visuelle

Le Conseil régional s'est penché cette année, sur le problème de la distribution des aides visuelles aux personnes ayant une déficience visuelle. Avec l'ouverture d'un laboratoire AMEO à l'Association montréalaise pour les aveugles, la population de la région s'est enfin dotée d'une nouvelle ressource pour obtenir ces équipements techniques. Depuis l'introduction de ce service, une augmentation constante de l'achalandage aux services de réadaptation inhérents à cet équipement a été observée. Différents scénarios permettant de répondre plus adéquatement à l'accroissement de la clientèle et ayant comme paramètre principal la possibilité de répondre dans le milieu naturel sont en voie d'élaboration.

La mission «Ministère de la Santé et des Services sociaux/ministère de l'Éducation» (MSSS-MEQ) Phase II

En 1985-1986, la Mission MSSS-MEQ, Phase II, validait sa proposition de cadre organisationnel et les modèles de services proposés à l'intention des élèves handicapés par une déficience visuelle, auditive ou motrice. Suite à une consultation importante de différents milieux oeuvrant auprès de cette clientèle dans la région, un approche globale de services offerts à l'enfant fut retenue où le modèle de service préconisé doit prendre en considération les services déjà offerts avant l'âge scolaire et s'intégrer à l'intérieur du plan de services déjà en cours.

L'impact majeur de cette mission assurera à la clientèle des services de réadaptation dans son milieu de vie naturel, selon une approche globale coordonnée par le plan de services.

La création de familles d'accueil de réadaptation

La proposition de la création de familles d'accueil de réadaptation proposée dans le document «Catégorisation des familles d'accueil» a reçu l'assentiment du secteur de réadaptation pour les personnes handicapées physiques et sensorielles, cette structure permettant la réinsertion des individus dans le milieu. Cette nouvelle ressource en implantation s'avère intéressante et reste à développer pour d'autres clientèles-cibles.

Les artistes du Centre d'accueil La Spirale

Le 8 avril dernier, à la Maison de la culture Marie Uguay, un groupe d'artistes provenant du Centre d'accueil La Spirale présentait une exposition de leurs oeuvres.

Les artistes handicapés du Centre d'accueil La Spirale ont démontré par la qualité de leurs oeuvres, leur capacité à

rivaliser, même avec les artistes les plus chevronnés.

Les tableaux reproduits sur cette page ne sont que quelques exemples illustrant la qualité de leur travail.

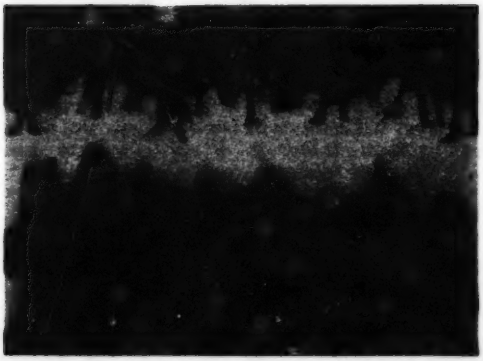
LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

L'an passé, l'adoption par le conseil d'administration d'un plan d'aménagement régional de services a marqué un point tournant pour les personnes ayant une déficience intellectuelle dans la région. Ce plan, centré sur la personne devrait permettre une meilleure connaissance des besoins et améliorer l'efficacité des services.

Cette année les efforts ont été mis dans l'implantation du plan d'aménagement régional. Afin d'assurer une plus grande diffusion et une compréhension commune des informations, les documents les plus importants ont été rédigés en français et en anglais.

Une plus grande participation

La Commission administrative des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle remplace l'ancienne Commission des services aux handicapés mentaux. Sa composition élargie permet de rejoindre des personnes non seulement du réseau de la Santé et des Services sociaux, mais aussi les partenaires d'autres réseaux oeuvrant également auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ainsi la nouvelle commission compte parmi ses membres des personnes provenant des milieux de l'éducation et de la main-d'oeuvre. L'ajout d'une personne provenant des groupes de parrainage civique permet également d'augmenter le nombre de représentants des personnes handicapées auprès de la commission.

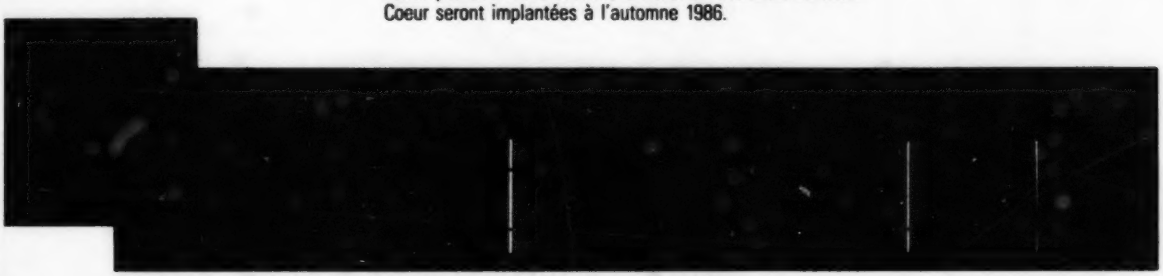


L'intégration sociale est un défi de taille à relever pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et les établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux, de la Main-d'oeuvre, de l'Éducation ont des rôles importants à jouer dans cette intégration.

Des services proches de la population

La majorité des problèmes touchant directement les personnes peuvent être identifiés et résolus à travers un mécanisme souple tel que les tables de concertation sous-régionales. Relevant du Conseil régional, ces tables formées de personnes ayant une déficience intellectuelle ou leurs représentants ainsi que de personnes des communautés linguistiques ou culturelles constituent un lieu qui facilite le développement de services complémentaires tenant compte des ressources disponibles dans le milieu. Les tables de concertation sous-régionales sont opérationnelles dans la sous-région de Laval,

du Lakeshore et de Verdun tandis que la table sous-régionale de Maisonneuve-Rosemont est présentement en implantation et celles prévues à Ste-Justine, Général de Montréal et Sacré-Coeur seront implantées à l'automne 1986.



Source: Services déficience intellectuelle C.S.S.S.R.M.M. (Région 06-A) (1985)

Source: Services déficience intellectuelle C.S.S.S.R.M.M. (Région 06-A) (1985)

L'intégration sociale des personnes souffrant de déficience intellectuelle

L'intégration sociale constitue à la fois l'objectif premier de l'ensemble des interventions par les divers établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux et elle constitue également un mode privilégié de prestations de services.

L'intégration sociale comporte deux volets essentiels: la dispensation de services pour maintenir des personnes dans leur milieu de vie naturel et la dispensation de services pour le retour des personnes vivant présentement en milieu institutionnel.

Afin d'améliorer les services, une révision en profondeur de la programmation et de l'utilisation des ressources actuelles s'impose et pour faciliter ce processus de planification, le Conseil régional a préparé un guide devant aider les établissements à l'élaboration de leur processus de planification et à la rédaction de leur plan. Ce guide permet aux parties concernées d'assurer le respect des critères qui sont jugés essentiels à la réalisation de l'intégration sociale.

Au cours de l'année dernière, le Conseil régional a travaillé étroitement avec les centres d'accueil de réadaptation à l'élaboration de leur plan triennal d'utilisation des ressources. Les centres d'accueil suivants ont déjà complété leurs plans:

Centre d'intégration socio-professionnel de Laval
Centre d'accueil La Spirale
Les Ateliers Le Cap

Centres Marronniers
Centre d'accueil Sénécal
Centre d'accueil Miriam
Le Fil d'Ariane
Le Relais Laval
À la Croisée

Les centres d'accueil suivants sont à mettre à jour des plans déposés antérieurement:

Centre d'accueil Jean-Olivier Chénier
Centre d'accueil Charleroi
Chalet d'enfants Primavesi
Centre de réadaptation de l'Ouest de l'Île

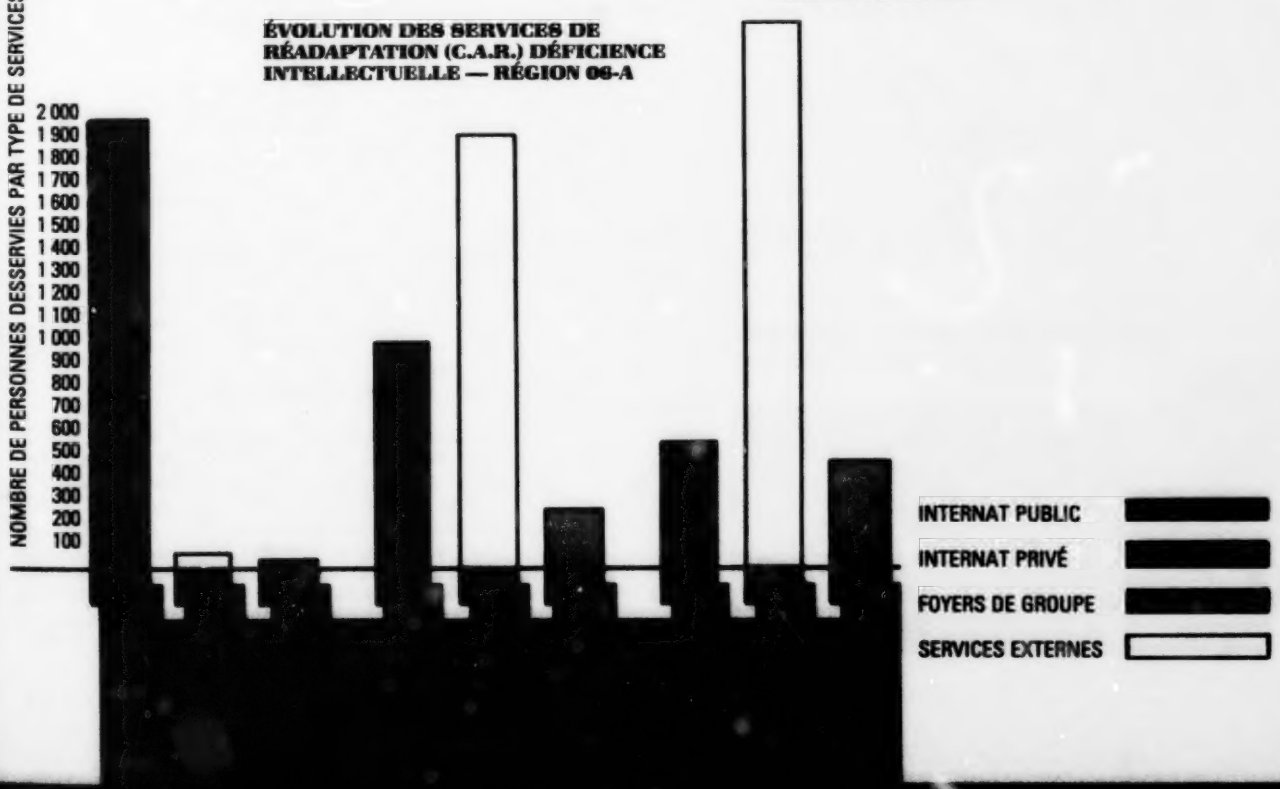
Le Centre d'accueil Joie St-Pie X et Les Promotions Sociales Taylor-Thibodeau sont en voie de compléter leur planification.

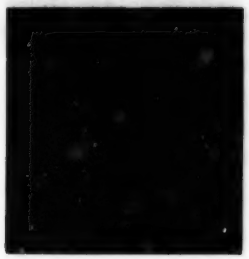
Les personnes ayant une déficience intellectuelle et résidant dans d'autres réseaux

Afin de prévoir l'intégration sociale harmonieuse des personnes ayant une déficience intellectuelle, mais résidant pour des raisons historiques dans des établissements d'autres secteurs, le Conseil régional a établi un certain nombre de paramètres et en concordance avec la politique de rapprochement et le plan d'aménagement régional, un projet de désinstitutionnalisation pour quelque 400 personnes résidant à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a été planifié.

Le plan de réintégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle résidant à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine sera réalisé en grande partie par une réallocation des ressources actuelles et l'accord de l'ensemble des centres d'accueil de réadaptation et des organismes du milieu sur les critères devant guider l'opération, demeure la garantie de succès de cette dernière.

ÉVOLUTION DES SERVICES DE RÉADAPTATION (C.A.R.) DÉFICIENCE INTELLECTUELLE — RÉGION 06-A





LES PERSONNES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES

On peut déduire en s'inspirant des données actuelles, qu'il y a dans notre région plus de 200 000 personnes qui ont une consommation très importante de produits alcooliques et psychotropes. Outre les effets néfastes pour la santé (malnutrition, problèmes du système digestif et du système cardio-vasculaire), cette consommation est associée, à des degrés divers, aux échecs scolaires et professionnels, à la négligence dans l'éducation des enfants, à une érosion des qualités nécessaires au bien-être des individus et de leur communauté.

Pour aider les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, notre région dispose d'un ensemble de services variés qui tentent de répondre aux besoins complexes suscités par cette problématique.

Les services disponibles dans la région

Notre réseau de services est constitué de divers types d'organisations:

- Les établissements publics

Ces établissements sont au nombre de quatre (six si on inclut l'unité de services externes de l'Hôpital Général de Montréal et le Centre d'accueil Foster) soit: le Centre d'accueil Alternatives, le Centre d'accueil Domrémy-Montréal, le Centre d'accueil Le Portage et le Centre d'accueil Préfontaine. Ces centres sont subventionnés à 100% par le ministère de la Santé et des Services sociaux et offrent des services professionnels gratuits à toute personne qui en fait la demande.

En 1984-1985, si on inclut les services rendus par le Centre d'accueil Foster et les services externes de l'Hôpital Général de Montréal, les centres d'accueil ont effectué 2 553 admissions et 2 601 inscriptions.

Enfin, chacun des centres hospitaliers de notre région dispensent gratuitement des services d'urgence médicale et le réseau hospitalier offre, dans certains centres spécialisés (Saint-Luc, Santa Cabrini, Hôpital Général de Montréal) des services de désintoxication médicale.

- Les établissements privés

La région dispose aussi d'une gamme importante de services privés qui offrent des services professionnels, semi-professionnels et bénévoles. Les fonds de ces organismes proviennent de sources diverses (oeuvres du diocèse, Centraide, fondations privées, subventions du MSSS, tarifs à la clientèle, campagnes de souscription). L'Auberge Madeleine, le Centre de jour Chez Doris, La Maison du Père, l'A.S.P.A., La Maison Jean Lapointe sont des exemples d'établissements appartenant à cette catégorie.

- Les associations dans la communauté

La région peut compter aussi sur les services offerts par l'Association alcooliques anonymes. Les groupes Narcotiques anonymes, Alcooliques anonymes, Al-Anon et Al-Ateen sont omniprésents dans notre région et on peut compter à Montréal et Laval plus de 450 rencontres hebdomadaires pour les seuls alcooliques anonymes.

L'organisation des services offerts à la population alcoolique et toxicomane

Les préoccupations de la commission administrative ont porté prioritairement sur le développement et l'aménagement des services à la population alcoolique et toxicomane. Ces préoccupations ont touché l'organisation des services et la présence de services à certaines clientèles-cibles.

Une première préoccupation démontre la nécessité d'établir une collaboration efficace et concertée des différents réseaux dans la prestation de services. La coordination du réseau de la réadaptation et du réseau scolaire a fait l'objet d'une attention particulière dans le cas des adolescents toxicomanes en milieu scolaire. La coordination des réseaux hospitaliers, de la réadaptation, des C.L.S.C. et d'hébergement ont aussi reçu une attention particulière dans le cas des personnes âgées toxicomanes. Les demandes adressées à la Mission MSSS-MEQ Phase II et le programme de mini-réseau en gérontoxicomanie sont les résultats de ces préoccupations.

NOMBRE D'ADMISSIONS ET D'INSCRIPTIONS DANS LES CENTRES D'ACCUEIL POUR L'ANNÉE 1984-1985

La deuxième préoccupation pose la nécessité de disposer d'un ensemble de données, issues de l'évaluation des besoins de la population et de l'évaluation de l'impact des programmes, afin de pouvoir procéder à une allocation efficace des ressources. Des recommandations concernant la mise sur pied d'une fondation québécoise préoccupée par la recherche et l'évaluation font partie des actions posées en vertu de cette préoccupation.

La présence de services à certaines clientèles-cibles

Certaines clientèles ont fait l'objet d'études plus approfondies. De ces études se sont dégagées des recommandations visant la mise sur pied de services pertinents:

- des services de dégrisement, d'orientation et de réadaptation pour les femmes itinérantes;
- des services de réadaptation en toxicomanie pour la jeunesse mésadaptée et pour la jeunesse en milieu scolaire;
- des services en gérontoxicomanie pour les personnes âgées;
- des services expérimentaux de traitement au méthadone pour les narcomanes.

Enfin, d'autres types de clientèles sont à l'étude et des recommandations suivront au cours de la prochaine année. Il s'agit des personnes handicapées physiques, des jeunes prostitué(e)s, des travailleurs, des personnes présentant des problèmes de santé mentale et des personnes victimes d'accidents cardio-vasculaires.

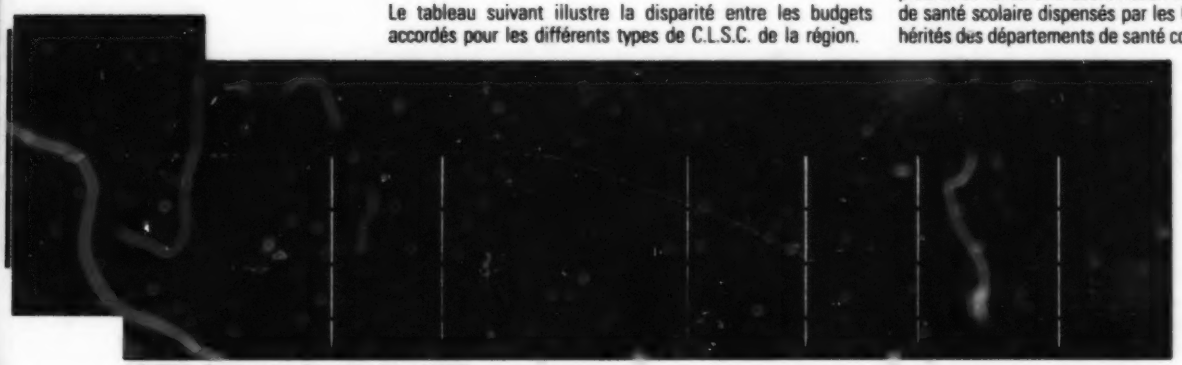
En plus de l'organisation de services et de leur présence effective, la commission administrative s'est préoccupée de l'aménagement de l'ensemble du réseau de services dans notre région et de leur accessibilité pour la population anglophone.

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

L'annonce par le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'implantation de trois (3) C.L.S.C. dans la région portait à neuf (9) le nombre de nouveaux C.L.S.C. en 1985-1986. De ce fait, l'ensemble de la région est maintenant pourvu soit d'un C.L.S.C., d'un C.L.S.C. en implantation ou d'une équipe de services de première ligne. Dans les cas ou il n'y a pas de C.L.S.C. implanté, le Conseil régional assume des rôles de coordination de l'implantation et de gestion en fiducie des budgets d'implantation.

De plus, le Conseil régional poursuit ses démarches afin d'obtenir des fonds additionnels pour assurer un meilleur équilibre dans la distribution des ressources entre les 39 districts de C.L.S.C. et augmenter la richesse relative du réseau de première ligne face aux autres réseaux socio-sanitaires.

Le tableau suivant illustre la disparité entre les budgets accordés pour les différents types de C.L.S.C. de la région.



SOURCE: Services de Première ligne (1986)

Le cadre de partage C.S.S. – C.L.S.C.
Le Conseil régional a poursuivi en 1985-1986 ses travaux de mise en opération du nouveau cadre de partage entre C.S.S. et C.L.S.C. au plan des services psycho-sociaux déposant en novembre 1985 une proposition de répartition des postes à transférer des C.S.S. vers les C.L.S.C. à la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les discussions sur cette question continuent d'être ardues suscitant la crainte dans la communauté anglophone de voir diminuer, ou même disparaître, les services sociaux qui lui sont présentement disponibles.

Les avis de naissance
Le système par lequel les centres hospitaliers avisent les C.L.S.C. d'une naissance et qu'une visite post-natale doit être effectuée, passe par le Conseil régional qui en est la plaque tournante.

Pour éviter des erreurs d'aiguillage et des délais inutiles, ce dernier a rendu plus systématique la transmission des avis de naissance en fixant des délais maximum d'une étape à l'autre et en établissant une règle régionale selon laquelle tous les nouveaux parents doivent avoir été contactés par le C.L.S.C. dans un délai de 20 jours maximum après la naissance.

La santé scolaire
En 1985-1986, le service de première ligne s'est attaqué aux problèmes reliés à la coordination régionale des programmes de santé scolaire dispensés par les C.L.S.C. Ces programmes, hérités des départements de santé communautaire, présentent une grande diversité. Plus de 200 infirmières en santé scolaire des 39 C.L.S.C. et équipes de services de première ligne dispensent des services à 530 écoles regroupées dans 13 commissions scolaires.

Un premier état de situation en voie de réalisation devrait permettre de mieux situer les actions à entreprendre dans les trois axes suivants: identification des ressources nécessaires pour répondre aux besoins, élaboration d'un contrat de services acceptable aux commissions scolaires et aux dispensateurs de services et détermination d'une programmation régionale.

L'accessibilité linguistique et culturelle dans les services socio-sanitaires

La région du Montréal métropolitain possède des caractéristiques particulières quant à la langue et aux ethnies dans sa population et cette particularité exige une souplesse des organisations pour accorder aux minorités ethniques et linguistiques une accessibilité égale aux autres groupes des services socio-sanitaires.

C'est dans ce but, qu'au cours de l'année 1985-1986, le Conseil régional a poursuivi ses travaux de coordination du réseau. Des plans d'action pour chacune des catégories d'établissements furent élaborés et soumis aux commissions administratives concernées.

À ce jour, trois secteurs sont déjà très engagés dans l'application des plans d'amélioration de l'accessibilité. Il s'agit des réseaux d'hébergement et des soins de longue durée, des services de première ligne, et du secteur des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Par ailleurs, le Conseil régional adoptait en septembre 1985, le projet de former une instance permanente chargée de surveiller l'accessibilité linguistique et culturelle aux services sociaux et de santé de la région.

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES D'URGENCE

Au cours de la dernière année, la situation d'encombrement des salles d'urgence a été au centre des préoccupations du secteur des services hospitaliers. Les dossiers abordés convergent tous vers l'accroissement de l'accessibilité aux services de courte durée. Il nous faut cependant souligner que l'approche retenue par le Conseil régional et les mécanismes mis en place pour aborder cette question sous tous ses angles, nous permettent, avec la collaboration des autres secteurs du réseau, d'envisager des solutions viables au problème de l'encombrement des salles d'urgence.

De façon plus concrète, un certain nombre de mesures ont été mises de l'avant cette année pour les (6) six centres hospitaliers (situés dans l'est et le nord-est de la métropole) vivant un engorgement de façon critique et continue. Ces mesures permettaient principalement de diminuer la durée de séjour à l'urgence et augmentait le bassin de lits accessibles aux bénéficiaires de longue durée (65 lits) en milieu hospitalier.

On a également recommandé la réouverture estivale de 500 lits sur des intentions de fermeture évaluées à 2 000 lits pour l'ensemble de la région métropolitaine. Néanmoins, malgré le financement obtenu pour la réouverture de ces 500 lits, des efforts étaient déployés afin d'obtenir un financement permanent pour qu'au cours des prochaines périodes estivales, l'accessibilité et l'hospitalisation urgente des bénéficiaires soient assurées à 100% (environ 1 000 lits).

Les tentatives et efforts mentionnés précédemment, ont permis d'envisager à divers niveaux, une seconde phase dont l'objectif est de corriger non seulement les lacunes de fonctionnement interne des centres hospitaliers, mais aussi d'éliminer les lacunes dans la disponibilité et la distribution des ressources tant de courte durée, de longue durée que de première ligne.

SOURCE: Secteur services hospitaliers, C.S.S.S.R.M.M.

L'éventail des mesures se regroupe en trois grandes catégories:

Solutions visant à corriger les problèmes liés au fonctionnement interne des salles d'urgence:

- engagement de médecins-coordonnateur à l'urgence et à l'admission;
- création d'équipes multidisciplinaires à l'urgence pour les personnes âgées;
- adoption par les centres hospitaliers de politique d'admission;
- adoption par le centre hospitalier des plans d'effectifs médicaux et approbation par le Conseil régional;
- adoption par les centres hospitaliers d'une répartition adéquate des lits en fonction des priorités d'admission à l'urgence.

Solutions visant à corriger les problèmes liés aux disponibilités externes des services sociaux

- accroissement du nombre de lits accessibles dans les hôpitaux de courte durée;
- accroissement du nombre de lits en hébergement et en longue durée;
- mise sur pied des équipes de services intensifs de maintien à domicile pour les cas lourds;
- développement et implantation d'unités de médecine d'un jour;
- implantation du concept d'un hôpital à domicile sur un territoire de DSC (Verdun).

Solutions visant à corriger les problèmes liés aux clientèles particulières:

- consolidation et développement des centres de jour, des hôpitaux de jour, des unités de gériatrie active, des centres d'hébergement temporaire, des équipes psychogériatriques à domicile et des centres d'intervention de crises de première ligne en santé mentale.

Cette dernière mesure consiste à offrir aux personnes âgées et aux malades psychiatriques, des alternatives permettant d'être orientés vers des ressources plus appropriées que les salles d'urgence et ultimement éviter l'hospitalisation de ces derniers.

L'implantation de l'ensemble de mesures planifiées et préparées au cours de cette dernière année s'effectuera dans un esprit de collaboration avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Des efforts seront également déployés afin d'évaluer l'efficacité des mesures et leur impact sur l'amélioration du fonctionnement des salles d'urgence à Montréal.

LES SERVICES D'URGENCE PRÉ-HOSPITALIERS

Le système 911

La participation du Conseil régional dans le réseau des services d'urgence (Police, Pompiers, Urgences santé, Hydro-Québec, Gaz métropolitain) fait en sorte que toute situation d'urgence en matière de santé se verra dorénavant canalisée dans le système 911 avant d'être transférée aux infirmières qui assurent la réponse téléphonique à Urgences santé.

L'implantation du 911 associée à une pénétration de plus en plus grande d'Urgences santé dans toutes les couches de la population sont des causes immédiates de l'accroissement continu du volume d'appels. En effet, la courbe d'appels a atteint un nouveau plateau record en décembre 1985 et en janvier 1986 avec une moyenne quotidienne de 1 024 appels. Ces demandes sont à 60% reliées à une problématique de santé pour laquelle des références sont effectuées à l'un ou l'autre des services de santé publics ou privés de la région. Le 40% qui nécessite une visite d'Urgences santé est en grande partie composé de la clientèle du maintien à domicile ou de l'hébergement (personnes âgées).

Les urgences sociales

Si on compare le nombre d'appels référés au Service social aux quelque 1 000 appels reçus quotidiennement à Urgences santé, ils sont peu nombreux. En effet, en novembre et décembre 1985, la moyenne se situait à 103 appels par mois.

La pratique du Service social est étroitement liée aux opérations d'Urgences santé et c'est souvent sur les lieux d'un appel que médecins, techniciens ambulanciers et superviseurs constatent les besoins à caractère psychosocial et qu'ils les réfèrent à la travailleuse sociale.

Les activités ambulancières et des véhicules-médecins

Les activités ambulancières et de véhicules-médecins effectuées pour l'année 1985-1986 se répartissent comme suit:

Les médecins d'Urgences santé

Un effort de recrutement de médecins, facilité par le décret gouvernemental soustrayant les jeunes médecins d'Urgences santé à la limite du revenu à 70%, permit de faire face et d'améliorer la disponibilité médicale à Urgences santé.

De plus, des changements significatifs sont intervenus par l'implication de plus en plus grande des médecins au sein d'équipes pluridisciplinaires du Conseil régional sur des dossiers tels: la congestion des salles d'urgence, la répartition des bénéficiaires, les standards de véhicules-médecins et d'ambulances, etc.

Les activités d'évaluation et de formation des médecins

L'année 1985-1986 a vu la systématisation des études par critères-objectifs pour analyser la qualité de l'acte des médecins inscrits; l'implantation d'une grille d'évaluation des nouveaux médecins; la continuation des activités d'éducation médicale continue avec un accent particulier dans les domaines de la réanimation et de la traumatologie. Enfin, un programme de formation en médecine de désastre vient d'être ajouté au programme et devrait bénéficier d'un développement très important au cours de l'année 1986.

Les services techniques

Afin d'améliorer la qualité des services rendus à la population, la direction des urgences santé a apporté des changements au niveau de l'organisation du travail et de la formation des intervenants autant dans les services de la répartition que de la supervision.

Un effort a également été fait pour intégrer les employés de ces services aux divers comités multidisciplinaires pour réaliser des projets les concernant plus particulièrement.

Notons que le service de la supervision s'occupe entre autres de la gestion des événements spéciaux tel le Grand Prix du Canada et le Marathon international de Montréal, à la couverture desquels Urgences santé a participé cette année.

Les systèmes de gestion

Voici quelques-unes des activités réalisées par le secteur des systèmes de gestion en 1985-1986:

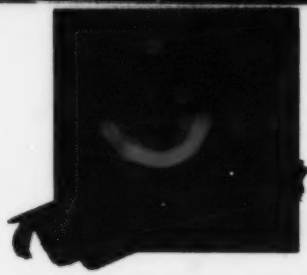
- Mise en place de programmes visant à améliorer l'efficience et l'efficacité de la flotte ambulancière.
- Création et opérationnalisation d'un service de formation et

perfectionnement pour les clientèles internes et externes (techniciens ambulanciers).

- Mise en oeuvre d'une analyse exhaustive de toute la problématique reliée aux transports inter-établissements et amorce de modifications opérationnelles pour accroître le service offert aux établissements concernés par ce type de transport.
- Informatisation des listes de bénéficiaires des services d'Urgences santé.
- Entente avec la RAMQ relativement à un échange d'information sur les bénéficiaires des services d'Urgences santé.

Rencontres d'information par Urgences santé

Avec la collaboration de la direction de l'information et des relations avec la population, la direction des urgences santé s'est mieux fait connaître tout au cours de l'année en assurant sa présence aux foires, ventes de trottoir, manifestations publiques, et en rencontrant des groupes de citoyens, d'usagers, d'étudiants et de professionnels du réseau. Les échanges avec ces publics ont été facilités par la présentation de deux vidéos: «Urgences santé, on va vous aider» et «Urgences cardiaques, il n'en tient qu'à vous», ainsi que la distribution du dépliant «Urgences santé, pour les urgences urgentes». Notre collaboration à la campagne de la Communauté urbaine de Montréal sur le numéro unique d'urgence, le «911» a également aidé à sensibiliser le public montréalais à l'existence d'Urgences santé et à son intégration dans ce mode unique de fonctionnement. Une campagne de publicité spécifique a été prévue à cet effet.



LES INTÉRÊTS ET LA PARTICIPATION DE LA POPULATION

Le dossier des élections

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les postes des membres de la corporation propriétaire et des usagers(ères) étaient cette année, en élection aux conseils d'administration des établissements publics du réseau et ce, pour un mandat de trois (3) ans.

Le processus électoral pour les postes d'usagers s'est généralement bien déroulé. Toutefois, deux points litigieux ont été signalés. Tout d'abord, la date prévue par la loi, soit le quatrième dimanche de mai, a suscité de nombreux commentaires tant de la part des usagers(ères) que des dirigeants d'établissements: difficultés d'obtenir la participation des gens le dimanche, non-pertinence pour les communautés culturelles, etc. Le deuxième point concerne les usagers(ère)s: le fait que la loi ne fixe pas de date limite pour être inscrit occasionne des abus de la part de citoyens qui s'inscrivent à un C.L.S.C. ou C.S.S. uniquement pour pouvoir participer aux élections.

Le Conseil régional entend, par l'entremise de la Conférence des CRSSS, faire des recommandations au ministère touchant ces deux points.

Par ailleurs, la notion propriétaire ne semble pas respectée par tous les établissements et une redéfinition s'impose. Certaines corporations ont dans leur régie interne des règlements qui entrent en conflit avec celui des élections. De plus, il est impossible de vérifier si les délais sont respectés, si tous les membres ont été informés de la tenue des élections ou encore d'obtenir les bulletins de présentation des candidat(e)s.

Enfin, on remarque que les membres élus à la corporation propriétaire peuvent être réélus pour plusieurs mandats consécutifs, siégeant ainsi au même conseil d'administration sur des périodes de dix (10) ans; de même que des membres du corps médical de certains établissements sont élus au conseil d'administration via ce collège électoral, pouvant porter jusqu'à 4 ou 5 le nombre de membres provenant de l'intérieur d'un établissement donné.

ÉTABLISSEMENTS EN ÉLECTION SELON LES COLLÈGES ÉLECTORAUX (1995)

NOMBRE DE POSTES EN ÉLECTION (1995)

Les élections 1986

Les procédures d'élection ou de consultation pour l'année 1986 sont déjà entamées pour les cinq collèges électoraux suivants: le Conseil consultatif du personnel clinique; le personnel non clinique; le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens; les contrats de services et les groupes socio-économiques (nominations ministérielles).

Ces élections auront lieu au mois de mai et quelque 700 groupes socio-économiques sont consultés afin d'obtenir des candidatures, à la demande de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les plaintes

Entre la période du 15 mars 1985 au 15 mars 1986, le Service à la population a reçu et traité un total de 1 508 plaintes. Ce nombre représente plus de 1 450 objets de plaintes puisqu'une plainte peut porter sur plus d'un objet et nécessiter des interventions à divers niveaux. De plus, le service comptait au 15 mars 1986, 235 dossiers actifs avec un délai entre le dépôt de la plainte et le début du traitement pouvant s'étendre jusqu'à deux (2) mois pour certains dossiers.

Sur ce total, 965 dossiers-réseau représentant plus de 1 150 objets de plaintes se répartissent comme suit:

L'analyse des plaintes-réseau identifie deux populations-cibles pour lesquelles les problèmes d'accessibilité aux services sont les plus flagrants: la personne âgée et le malade psychiatrique.

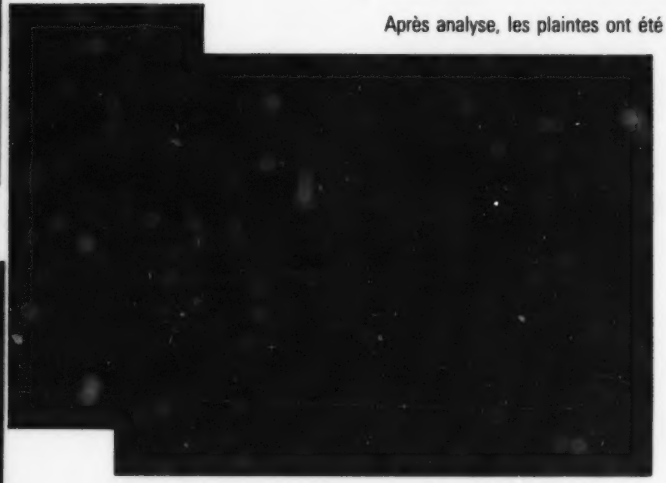
En effet, la personne âgée demeure aux prises avec des problèmes d'accessibilité aux ressources du réseau, surtout aux ressources d'hébergement. L'analyse de nombreuses plaintes dans ce domaine confirme toujours le manque chronique de lits d'hébergement et de soins de longue durée. Cette pénurie semble s'amplifier de jour en jour et renforcer le réflexe de chasse gardée qui existe entre les sous-régions.

Cependant, on a noté au cours de la dernière année, une certaine évolution dans les mentalités face à la personne âgée et à ses besoins. Ainsi, elle devient moins souvent le bouc émissaire d'un réseau en mal de ressources. Cette évolution semble coïncider avec l'implantation des unités de gériatrie et l'on observe dans plusieurs milieux, une tendance de plus en plus grande, à rechercher une autre ressource plus adéquate avant de retourner le bénéficiaire à domicile sans aucune investigation psychosociale.

Le retour de bénéficiaires de l'institut psychiatrique à la communauté constitue le deuxième phénomène inquiétant. Ce nouveau concept est déjà mis en application, sinon officiellement du moins officieusement. Malheureusement la gamme de ressources variées avec appui financier et encadrement adéquats n'est pas encore en place pour recevoir et suivre cette clientèle. Tout en demeurant très conscients du besoin urgent de changements dans l'organisation des services psychiatriques en institution (par exemple, l'abolition de «salles de stationnement» pour 30 à 40 bénéficiaires, le développement de services plus personnalisés, etc.), il reste qu'un retour prématuré dans la communauté engendre des difficultés d'un autre ordre tels: l'apparition de ressources illicites où sont exploités des gens démunis et sans défense, un nombre croissant d'itinérants, l'éclatement des familles sans aide et aux prises avec des gens trop sérieusement perturbés, et enfin une augmentation considérable de signalements de suicide ou de tentative de suicide.

Visant plus spécifiquement les problèmes d'urgence, 543 dossiers relatifs aux services distribués par Urgences santé et représentant 350 objets de plaintes ont été traités durant l'année.

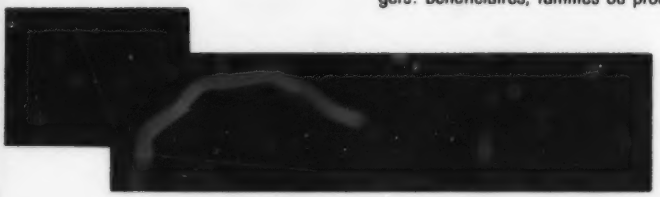
Après analyse, les plaintes ont été regroupées comme suit:



Le module d'information
Pendant la période du 15 mars 1985 au 15 mars 1986, le module d'information a reçu et traité 13 755 demandes, dont 93 ont pris la forme d'entrevues.

Suite à une analyse des demandes d'information reçues on peut constater que 56% de ces demandes proviennent d'intervenants, d'organismes, de professionnels et de fonctionnaires des différents réseaux.

Seulement 44% des demandes émanent directement des usagers: bénéficiaires, familles ou proches.



Les dossiers d'humanisation des soins en périnatalité et conditions de vie des femmes
La consultation régionale sur le «Projet de politique en périnatalité» du ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1985 a fait l'objet d'un document synthèse préparé conjointement par le comité d'humanisation des soins du Conseil régional et les départements de santé communautaire de la région. Le document déposé au conseil d'administration du Conseil régional fin septembre 1985 deviendra l'outil de base dans l'élaboration d'un plan d'action sur 3 à 5 ans en périnatalité, pour la région.

Ce plan d'action se fera avec la participation des partenaires du réseau (intervenants des DSC, CLSC, CH; et groupes de femmes du secteur communautaire); les commissions administratives des services hospitaliers de courte durée et des services communautaires.

Les liens avec le ministère et les groupes communautaires
Une participation active sur le Comité de maison de naissance a permis des échanges fructueux entre différents partenaires du ministère et des groupes communautaires lors du processus de consultation sur le projet de maison de naissance.

Par ailleurs, le projet de politique des ministères de la Santé et des Services sociaux, et de la Justice, sur la violence conjugale a donné lieu à une consultation auprès des coordonnateurs et coordonnatrices concernés par cette problématique au Conseil régional. Un programme de formation s'adressant aux formatrices auprès des femmes violentées a débuté à l'automne 1985 et se poursuivra l'an prochain.

Un document régional visant l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires des établissements de soins de longue durée
Une consultation effectuée l'an dernier auprès des établissements d'hébergement et de soins de longue durée de la région a permis de produire cette année un bottin qui a été envoyé aux établissements et qui réunit les principales réalisations visant l'amélioration des conditions des bénéficiaires qui vivent dans ces établissements.

Un projet de document provincial est présentement à l'étude, et a comme objectifs de stimuler et encourager les initiatives créatives dans les établissements, susciter la réflexion, créer une émulation entre établissements et régions. Enfin, il tend à

démontrer que de petites actions à peu de frais peuvent améliorer les conditions de vie. Ce document peut devenir aussi un outil d'animation intéressant pour les comités des bénéficiaires.

L'information régionale

En février dernier, le conseil d'administration du Conseil régional approuvait la «Proposition de réseau régional de communication» présentée par le Comité régional sur l'information et les communications (CRIC), visant à établir des liens entre le Conseil régional, les établissements, les organismes d'action communautaire et la population.

Pour jeter les assises d'un réseau régional de communication six propositions d'actions concrètes à court terme (un an ou moins) et moyen terme (deux à trois ans) sont recommandées: un journal régional, des échanges de services et d'expertises, l'expérimentation d'un modèle de gestion par projet ou par programme de communication, un service régional d'information télématisé, des activités annuelles de communication, et enfin des activités de formation en communication.

Le CRIC situe ces propositions d'actions comme des moyens répondant à deux principes de base: la dimension communication devra être intégrée à toute planification stratégique au Conseil régional ainsi que dans les établissements et organismes; et l'information au public doit être considérée et vécue comme une responsabilité collective de tous les artisans et partenaires du réseau.

Le projet Télidon

Avec la collaboration du Comité régional d'informatique, le secteur information a pu expérimenter la diffusion d'information sur le bottin des ressources-réseau de la sous-région Saint-Luc. L'évaluation du projet quant à sa pertinence, son degré d'accessibilité et la qualité de l'information, est présentement en cours et des résultats positifs pourraient assurer un suivi intéressant.

Les comités des bénéficiaires

Comme par le passé, la direction de l'information et des relations avec la population s'est efforcée d'apporter un soutien technique aux comités des bénéficiaires des établissements. Malheureusement, le manque de ressources n'a pas permis d'accorder le temps nécessaire pour répondre aux nombreux besoins manifestés dans la région.

Une analyse des demandes reçues situe les lacunes au niveau de la connaissance du mandat des comités des bénéficiaires par les membres eux-mêmes, du recrutement de nouveaux membres (haut taux de roulement dû à la maladie, décès ou lassitude des membres) et dans la compréhension des diverses «technicalités» d'opération (règlements de régie interne, procès-verbaux, élection, etc.).

Le Conseil régional a pu servir de médiateur dans certains cas conflictuels entre les comités des bénéficiaires et les directions générales des établissements, mais il lui reste difficile de jouer son rôle de soutien puisque les directions générales demeurent les seules responsables d'assurer le bon fonctionnement de leurs comités des bénéficiaires et ses interventions ne peuvent se concrétiser qu'à la demande des deux parties (direction générale et comité). Cette collaboration a été possible dans plusieurs cas mais demeure difficile dans beaucoup d'autres.

Le centre de documentation

Le centre de documentation du Conseil régional, plus particulièrement spécialisé dans le domaine de l'administration et de la gestion des services de santé et services sociaux, a reçu de la clientèle externe, plus de 1 200 demandes de recherche d'information documentée. Cette clientèle se compose à 50% de personnes du réseau ou d'organismes connexes et à 50% d'étudiants. Concernant la permanence du Conseil régional, les principales demandes de recherche touchent des thèmes tels: humanisation des soins, engorgement des salles d'urgence, santé mentale, ressources alternatives, perspectives et statistiques, etc. Ces demandes ont permis dans certains cas de faire des acquisitions pertinentes pour le centre de documentation.

De plus, le bulletin hebdomadaire «Pour votre information» a généré une demande et une circulation de plus de 6 000 documents. Enfin, dans le cadre de l'accueil aux nouveaux employé(e)s, le service de référence a reçu soixante-quinze (75) personnes pour une session d'information.

L'AIDE AUX ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES PARTAGÉS

Le perfectionnement des ressources humaines

Le secteur du perfectionnement a poursuivi, durant l'année 1985-1986, les activités révisées l'année précédente sauf pour quelques petites modifications.

Les membres des conseils d'administration

En plus des programmes de base habituels: le rôle d'un conseil d'administration, le réseau des établissements, le budget, etc., des interventions spécifiques ont été entreprises auprès de certains conseils d'administration dans les cas de nouveaux C.L.S.C. où entraient en fonction les membres de conseils d'administration.

Enfin, la tenue d'un colloque régional, le 15 mars 1986 a permis à 275 membres de conseils d'administration d'échanger sur le rôle des établissements face à la population et de rencontrer le président de la Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux de même que la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les directeurs généraux

À la suite de l'expérience de l'année précédente, d'autres sessions ayant pour thème «stress et qualité de vie au travail» ont été organisées pour les directrices générales/directeurs généraux.

De plus, des rencontres avec l'Association des directeurs généraux de santé et de services sociaux et le Conseil régional ont permis de circonscrire d'autres champs d'activités où le Conseil régional pourrait offrir des sessions de formation.

Les cadres supérieurs et intermédiaires

L'année écoulée a surtout permis de faire le point sur le programme de perfectionnement offert aux cadres supérieurs et près de 180 personnes ont été rencontrées afin de préciser les attentes face au perfectionnement régional. En plus de ces rencontres de groupe, le Conseil régional a aussi offert deux sessions sur le thème «Stress et qualité de vie au travail».

Touchant les cadres intermédiaires, le Conseil régional a maintenu les sessions de perfectionnement déjà connues et y a accordé les ajustements nécessaires, notamment du côté de l'informatique en centre d'accueil. Dans ce dossier particulier, certaines activités ont été organisées localement afin de rendre plus accessibles les contenus de cours.

En plus du programme régulier, le Conseil régional a mis sur pied un programme spécial d'intervention à l'intention des coordonnatrices/teurs de services de maintien à domicile des 39 territoires de C.L.S.C. de la région. Ce programme qui comporte une douzaine d'activités dont les centres d'évaluation du potentiel, se poursuivra tout au long de 1986.

Le Comité régional de développement des cadres a procédé à l'élaboration d'une politique de perfectionnement et d'un document de réflexion sur la situation du financement du perfectionnement des cadres/secteur de la santé et des services sociaux.

Les organismes bénévoles et les bénévoles en établissement

Diverses activités d'information-perfectionnement ont été mises sur pied à l'intention des permanents et des membres de conseils d'administration des organismes bénévoles de la région, principalement ceux qui sont financés par le Conseil régional ou le ministère. De plus, huit (8) organismes ont profité de l'intervention d'un animateur-ressource afin de réfléchir sur certaines facettes de leur fonctionnement local.

Le Conseil régional a ajusté son programme d'activités pour les bénévoles en établissement de façon à le rendre plus accessible à la clientèle, notamment en dispensant des sessions à divers endroits du territoire.

Par ailleurs, le Conseil régional a travaillé en étroite collaboration avec les directeurs/trices des services bénévoles et les présidents/es des auxiliaires bénévoles (A.B.E.S.Q.), et une session spécifique de perfectionnement leur a été offerte en février 1986.

Le portrait global des activités en perfectionnement

L'année 1985-1986 a permis de consolider les orientations déjà entreprises depuis 5 ans, en les ajustant aux besoins actuels et de nouvelles avenues de développement ont été ouvertes. Les programmes actuels semblent bien enracinés chez les différents publics-cibles, bien que le secteur des bénévoles demeure cependant plus difficile à consolider. En dépit des limites énormes de ressources humaines et financières, les objectifs prévus ont dans l'ensemble été atteints.

Le tableau suivant fait état des inscriptions enregistrées aux programmes de perfectionnement 1985-1986 du Conseil régional et les différentes clientèles inscrites:

INSCRIPTIONS ENREGISTRÉES AUX PROGRAMMES DE PERFECTIONNEMENT 1985-1986

Les projets de bi-énergie et d'économie d'énergie dans les établissements (C.A., C.L.S.C. et C.S.S.)
Dans le cadre des politiques gouvernementales touchant les projets autofinançables de bi-énergie et suite à des négociations avec l'Hydro-Québec, des efforts soutenus ont été faits pour assurer la réalisation de ces projets dans les établissements où de tels programmes s'avéraient rentables.

Le programme annuel d'immobilisations du M.S.S.S.
Le programme d'immobilisations du ministère a permis cette année la réalisation de 49 projets dans la région. Le rôle du Conseil régional fut de s'assurer auprès des établissements du respect des grandes orientations touchant les aménagements fonctionnels et de voir à l'élimination des principales déficiences vérifiées dans les établissements.

L'inventaire des établissements publics, privés conventionnés et privés subventionnés
Une mise à jour de l'inventaire de tous les immeubles des établissements publics de la région réalisé en 1979 a été fait cette année et un premier inventaire des établissements du réseau privé conventionné et subventionné a été réalisé, remplissant de ce fait, un objectif fixé pour l'année 1985-1986.

Le traitement des dossiers avec engagement financier
Au-delà de 350 dossiers comportant des engagements financiers ont fait l'objet de traitements divers dans la gestion du fonds d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S. (0-250 000 $) et des 240 dossiers encore actifs en mars 1986, plus des deux tiers sont rendus soit à l'étape des plans et devis ou soit, pour la grande majorité, à l'étape de leur réalisation.

Enfin, en dépit du fait que les subventions versées aux établissements ont atteint un sommet cette année, il est déjà à prévoir que ce chiffre sera largement dépassé en 1986-1987. Cette constatation ressort des dernières analyses faites sur l'ensemble des dossiers, analyses qu'un nouveau système de compilation des données a rendu plus faciles depuis le début de l'automne 1985.

Les locations
Le mandat de locations du Conseil régional l'autorise à gérer quelque deux cent quarante (240) locations dans le cadre d'un budget de près de 10 000 000 $. À la suite d'efforts soutenus, il est possible de constater que les clauses types de bail sont maintenant intégrées dans un très fort pourcentage des baux et que les clauses escalatoires, très difficilement contrôlables, sont pratiquement toutes éliminées.

Les équipements
La péréquation pour le renouvellement d'équipement fut maintenue cette année de façon à favoriser un maximum d'autonomie de gestion aux établissements. Dans le cadre de cette opération, plus de 3 000 000 $ fut distribué aux établissements.

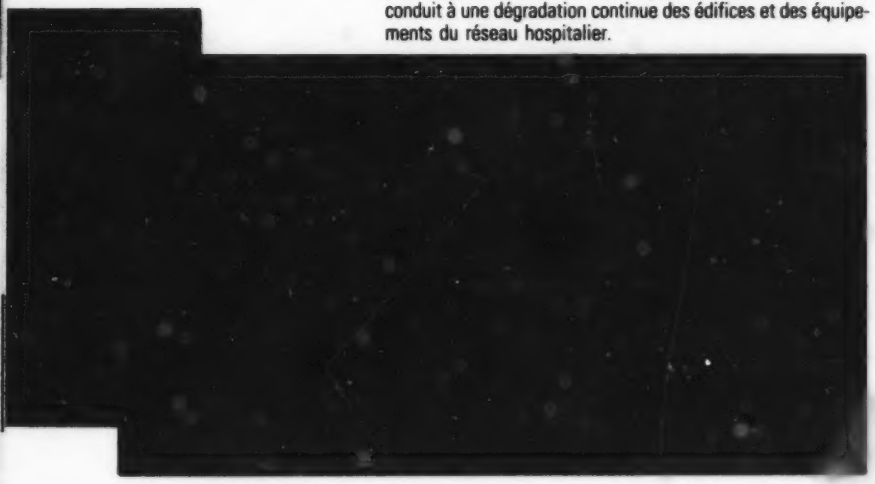
Par ailleurs, des sommes importantes en développement d'équipement furent allouées par le ministère et 1 600 000 $ incluant une avance, servit à structurer les C.L.S.C. en implantation et les équipes de première ligne.

Les ressources matérielles en centres hospitaliers (C.H.)

Le Service des ressources matérielles en centres hospitaliers est impliqué dans deux types d'activités: la gestion du fonds régional d'immobilisations C.H. consacré aux projets de construction de moins de 1 000 000 $ et aux équipements médicaux spécialisés, l'évaluation des besoins et la planification régionale des investissements en immobilisations.

La Commission administrative des immobilisations C.H. qui termine en mars 1986 une dixième année d'opération, joue un rôle clé dans le processus d'allocation des subventions et dans l'orientation des grands dossiers.

Un montant de 11 600 000 $ a été attribué aux centres hospitaliers pour divers projets, acceptés en raison de leur priorité locale ou régionale, parmi une masse de demandes totalisant 157 000 000 $ dont 354 projets d'équipement de 78 000 000 $ et 431 projets de construction de 79 000 000 $. À cela, il faut ajouter un montant de près de 1 000 000 $ consenti par le M.S.S.S. pour des aménagements reliés aux activités des services d'urgence. Les statistiques du tableau qui suit décrivent la répartition des fonds selon la nature des projets. Depuis plusieurs années, on remarque que l'enveloppe financière du fonds régional alimentée par le tiers des revenus de chambres est nettement insuffisante et que ce sous-investissement conduit à une dégradation continue des édifices et des équipements du réseau hospitalier.



L'étude des sources de financement

L'étude des sources de financement a été amorcée en septembre 1984 par un groupe de travail appuyé d'experts financiers. Les objectifs étaient d'abord d'établir le bilan sur cinq ans des investissements et la provenance des fonds, et ensuite d'explorer des sources additionnelles de financement pour satisfaire des besoins de 448 000 000 $. Le rapport publié en juin 1985 contient une proposition «choc» largement discutée dans les médias d'imposer un tarif d'hôtellerie de 7 $ par jour aux usagers et les résultats de l'étude ont été soumis à l'examen de la Commission Rochon.

Des changements sont déjà annoncés dans la politique de financement des immobilisations. Dorénavant, les revenus de chambres seront versés aux dépenses d'exploitation et les équipements seront payés par le service de la dette. Jusqu'ici aucune augmentation de l'enveloppe financière disponible n'est prévue par ces mesures et le problème demeure entier.

L'étude régionale des équipements

L'étude régionale des équipements, inscrite au plan d'action de l'année, a été lancée dans le but d'approfondir la connaissance des besoins jusqu'ici estimés par les demandes seulement. Chaque établissement est directement impliqué dans l'évaluation de l'état d'usure et du fonctionnement des équipements existants. Le dossier des besoins comprend une répartition des investissements requis sur cinq ans en fonction de l'urgence des situations. Le Conseil régional a mis au point la méthodologie de l'étude et en coordonne la réalisation. Les résultats disponibles en juin 1986 seront incorporés dans un plan directeur régional des équipements.

Le secteur de l'angioradiologie a fait l'objet d'un dossier prioritaire et une demande spéciale de financement de 6 400 000 $ a été adressée au M.S.S.S. pour couvrir l'acquisition de 6 appareils qui devront être remplacés d'ici un an. On a dû constater qu'à cause du manque de fiabilité des appareils en place, des examens doivent parfois être annulés ou interrompus. L'urgence de la situation a donc commandé cette intervention particulière avant le dépôt de l'étude régionale.

D'autres activités

Le Service des ressources matérielles C.H. réalise sur une base continue la mise à jour des inventaires régionaux qui comprennent l'inventaire des équipements spécialisés, l'inventaire de la vétusté des édifices, et enfin l'inventaire des immeubles. Ce dernier dossier est réalisé en collaboration avec le M.S.S.S.

pour tout l'ouest de la province. Les inventaires sont particulièrement utiles aux gestionnaires des établissements et du Conseil régional pour toute activité exigeant une connaissance précise des ressources matérielles existantes, utilisées dans la dispensation des soins de santé. Le service apporte aussi un soutien technique et administratif aux établissements lors de la préparation et de la réalisation de leurs projets d'immobilisations.

Les projets de plus de 1 000 000 $

Dans le cadre d'échanges soutenus avec le M.S.S.S., le secteur construction est impliqué dans la préparation des fiches techniques du programme annuel des immobilisations (P.A.I.) présenté au Conseil du Trésor pour les projets de plus de 1 000 000 $. D'autre part, au cours de 1985-1986 le secteur construction a géré conjointement avec le M.S.S.S. une dizaine de projets majeurs de sécurité-vétusté d'une valeur de 15 000 000 $.

Les approvisionnements en commun

Les approvisionnements en commun permettent aux administrations d'établissements d'acquérir au meilleur prix, les meilleurs produits et services choisis en collégialité par les utilisateurs. En plus de réaliser des achats en groupe pour une valeur dépassant 110 000 000 $, ce service a créé un catalogue régional de fournitures qui décrit de façon générique 14 000 produits ou services. Ce catalogue maintenant informatisé, est utilisé dans toute la région et également dans 6 autres régions du Québec et servira de base à l'implantation d'un système de communications et d'organisation d'un programme de gestion des ressources matérielles dans les établissements de la région.

Par ailleurs, un comité de développement a étudié l'état de situation des approvisionnements en commun et a comparé les processus d'opération des regroupements dans différents secteurs d'activités.

Son mandat a aussi dépassé le contexte régional puisqu'il a été impliqué dans des négociations provinciales pour les produits biologiques, les médicaments utilisés en psychiatrie, les réactifs et équipements requis dans le dépistage du SIDA, la fluoration des eaux des cités et des villes, etc.

Le regroupement des établissements de la région est particulièrement fier d'avoir réalisé des économies intéressantes dans le cadre des nouvelles négociations. Cette opération autofinancée de courtage s'est réalisée à un coût de 0,6% des achats réalisés, ce qui est en soi un succès lorsque l'on compare cette activité à celle des groupes équivalents en Amérique du Nord. Tous ces résultats n'auraient pu être obtenus sans la présence active, intéressée et exigeante des chefs de service, acheteurs et administrateurs des établissements de santé de la région, supportée par une équipe de permanents dévoués et compétents.

Le service régional de buanderie

Le service régional de buanderie aura connu une période particulièrement active cette année par la mise en marche du comité régional, dont le mandat est la planification, l'organisation et la programmation d'études et d'activités spécifiques au secteur des buanderies et de la lingerie-literie de la région.

Après avoir défini son rôle à l'intérieur du mandat exclusif confié au Conseil régional par le ministère, le Comité régional de buanderie doit créer une situation de rationnalisation des services, prévoir l'évolution et le développement dans un contexte d'économie de ressources tout en assurant aux fournisseurs publics et privés un volume d'opérations qui ne menace pas les emplois de centaines de travailleurs.

L'originalité de cet arrangement, qui consiste à partager des services requis entre la buanderie communautaire des établissements, des industries en secteur privé et la buanderie du système carcéral, permet d'offrir en même temps un modèle comparé et une saine compétition entre les fournisseurs donnant un prix moyen unitaire régional appréciable pour les 78 établissements participants du réseau. Ce service nécessite pour la région une dépense de plus de 14 500 000 $ pour les 15 millions de kilogrammes de linge traité.

Devant les difficultés générées par la conclusion d'une première convention avec l'ensemble de l'industrie privée, le comité s'est chargé de revoir ce contrat afin de répondre aux exigences des intervenants et assurer aux bénéficiaires un produit de qualité.

Les autres activités

Le secteur des services partagés a collaboré d'une façon importante à l'évaluation de l'accessibilité aux services de prélèvements reliés aux analyses de laboratoire. Leur participation fut de faire connaître les indices positifs de l'augmentation des analyses de laboratoire dans les établissements à capacité excédentaire.

Le secteur a également reçu le mandat de fournir aux établissements un programme de disposition de surplus d'équipement et déjà en 1985-1986, des activités plus grandes permirent à plusieurs d'obtenir sans frais, des articles en excellente condition.

Enfin, en 1985-1986, le secteur des services partagés a fait l'acquisition pour cinq établissements, d'un appareil à être utilisé selon un calendrier pré-établi favorisant une performance accrue de l'équipement radiologique tout en minimisant les coûts d'opération. Ce projet pilote est à l'origine d'un éventuel programme élargi qui devrait générer des économies particulièrement intéressantes dans la région.

Le concept de services partagés obtient de plus en plus de crédibilité dans la région et on prend maintenant pour acquis que des activités de regroupement apportent généralement des avantages financiers et économiques indéniables qui ne peuvent qu'alléger la difficile gestion des activités des établissements de santé.

ABRÉVIATIONS

ABESQ	AUXILIAIRES BÉNÉVOLES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC
AHQ	ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC
BSS	BUREAU DE SERVICES SOCIAUX
CA	CENTRE D'ACCUEIL
CAH	CENTRE D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT
CAR	CENTRE D'ACCUEIL DE RÉADAPTATION
CAS	COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
CASF	CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE
CEGEP	COLLÈGE D'ENSEIGNEMENT GÉNERAL ET PROFESSIONNEL
CH	CENTRE HOSPITALIER
CHSCD	CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DUREE
CHSLD	CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE
CHVP	CENTRE HOSPITALIER À VOCATION PSYCHIATRIQUE
CLSC	CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
CMD	CONSEILS DES MÉDECINS ET DENTISTES
CRSSS	CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
CSS	CENTRE DE SERVICES SOCIAUX
CSSJF	CENTRE DE SERVICES SOCIAUX JUIFS À LA FAMILLE
CSSMM	CENTRE DE SERVICES SOCIAUX DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN
CSSSRMM	CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN
DSC	DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
FCLSC	FÉDÉRATION DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
MEQ	MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
OPHQ	OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC
RAMQ	RÉGIE D'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC